

REPUBLIQUE DU BENIN



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION
ET DE MAGISTRATURE (E.N.A.M)

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR EN GESTION DE PROJET

OPTION :
MANAGEMENT

FILIERE :
GESTION DE PROJET

ANNEE ACADEMIQUE
2007-2008

THEME

**LA GESTION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME : IDENTIFICATION DES
FREINS POUR DES EFFETS PLUS DURABLES**

REALISE ET SOUTENU PAR :

Rachid MAMA-SIKA

SOUS LA DIRECTION DE :

MAITRE DE STAGE :

DIRECTEUR DE MEMOIRE

M. Raymond A. K. AMOUSSOU
Chef Service Programmation DPP/MS

M. Modeste GNIMASSOU
Professeur à l'ENAM,
Coordonnateur principal de l'ISPEC

Août 2008

(Version après soutenance)

IDENTIFICATION DU JURY

Nom et Prénoms	Qualité
M. YEKPON Gilles	Président
M. ADJOVI Charles	Vice - Président
Mme MONSI AGBOKA Perpétue	Membre

*L'École Nationale d'Administration et de
Magistrature (ENAM) n'entend donner aucune
approbation ni improbation aux opinions émises
dans les mémoires.*

*Ces opinions doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs.*



Dédicaces

Je dédie ce travail

☞ *A mon père Issiaka MAMA-SIKA, ma mère Marie-Madeleine GOUNOU, que ce mémoire soit pour vous le résultat de l'espoir que vous avez placé en moi, le fruit de vos efforts, la récompense de vos multiples sacrifices.*

☞ *A mes soeurs Nadine, Raïcha et mon frère Gafarou. Je vous assure de mes sentiments fraternels et vous remercie pour tous vos soutiens et conseils. Puisse le seigneur nous tenir unis dans l'amour et dans la paix profonde comme cela a toujours été.*

☞ *A mes grands parents, oncles, tantes, cousins et cousines pour leurs prières, soutiens et conseils.*

☞ *A Safiath SAMBO.*

☞ *A mon groupe de travail composé de Biéna AZONDEKON, Bernard FONTON, Mashoud ASHANTI, Ulrich VODOUGNON, Héronce HOUNKPE, Chimène GUEDOU VISSETOGBE, et tous mes camarades de la quatrième promotion de Gestion de Projets en souvenir des moments de joies et de peines passés ensemble.*

☞ *A la mémoire de notre très chère amie soustraite à notre affection, Rockiath ZACHARI. NOUHOUN.*

☞ *A mes compagnons de tous les jours: Akim, Aziz, Ikiélou, Abdoulaye, Arouna, Ibrahim, Rachidath.*

☞ *A tous ceux qui me sont chers dont les noms ne sont pas cités, retrouvez ici mes sincères sentiments de gratitude.*

Remerciements

Au terme de ce travail, nous adressons nos sincères remerciements à :

☞ Monsieur **Modeste GNIMASSOU**, Coordonnateur Principal de l'ISPEC, qui a accepté avec spontanéité et désintéressement de suivre et diriger ce mémoire malgré ses multiples occupations. Nous manquons d'expressions pour vous témoigner notre profonde gratitude.

☞ Monsieur **Raymond Aimé K. AMOUSSOU**, Chef service de la programmation de la Direction de la Programmation et de la Prospective, à qui nous témoignons toute notre gratitude pour sa disponibilité, son esprit d'ouverture et par son attitude paternel.

☞ Les membres de jury qui nous ont fait l'honneur de juger ce travail. Nous restons persuadés que leurs remarques, critiques et suggestions constitueront un apport de qualité.

☞ Nos éminents Professeurs qui nous ont émerveillé par leur soutien tout au long de notre formation. Nous sommes énormément sensibles à l'encadrement dont nous avons bénéficié auprès de vous et qui nous a outillé pour intervenir avec plus d'efficacité dans la vie professionnelle. Nous vous prions de trouver ici notre reconnaissance profonde et sincère.

☞ A Monsieur **Moussa YAROU**, Monsieur **Abdoulaye GOUNOU** pour leur constante disponibilité, leur soutien moral et leurs multiples conseils.

☞ Tout le personnel de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé, celui du Programme National de Lutte contre le Paludisme et aux tradipraticiens à qui nous témoignons toute votre gratitude pour leurs soutiens et leurs multiples conseils.

☞ Aux parents et amis, pour les aides précieuses et les soutiens moraux.

☞ Au personnel Administratif de l'ENAM pour son dévouement.

☞ Tous ceux que nous n'avons pas pu citer, ce n'est pas un oubli. Vous méritez votre part de reconnaissance et notre respectueuse gratitude.

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX	TITRES	PAGES
Tableau N° 1	Diagnostic du Programme National de Lutte contre le Paludisme	15
Tableau N° 2	Tableau de Bord de l'Etude	22
Tableau N° 3	Echantillonnage de la population	29
Tableau N° 4	Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'actualisation des informations	35
Tableau N° 5	Répartition des enquêtés selon l'avis sur la gestion des stocks	36
Tableau N° 6	Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'aspect recherche	36
Tableau N° 7	Répartition des enquêtés selon l'avis sur les informations liées au suivi	36
Tableau N° 8	Répartition des enquêtés selon l'avis sur la fréquence d'actualisation des informations	37
Tableau N° 9	Répartition des enquêtés selon l'avis sur la technique de collecte des informations	37
Tableau N° 10	Répartition des enquêtés selon l'avis sur la collaboration générale	40
Tableau N° 11	Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'avenir de la collaboration avec le programme	40
Tableau N° 12	Répartition des enquêtés selon l'avis sur la gestion des stocks	41
Tableau N° 13	Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'aspect recherche	42
Tableau N° 14	Répartition des enquêtés selon l'avis sur les perspectives	43

LISTE DES FIGURES

FIGURES	TITRES	PAGES
Figure N° 1	Pyramide des besoins de MASLOW	26
Figure N° 2	Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'utilisation des informations	38
Figure N° 3	Répartition des enquêtés selon l'avis sur la collaboration au niveau du Programme National de Lutte contre le Paludisme	39
Figure N° 4	Répartition des enquêtés selon l'avis sur le coût des produits	41

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaires

Annexe 2 : Présentation de l'organigramme du Ministère de la Santé

Annexe 3 : Présentation de l'organigramme de la Direction de la Programmation et de la Prospective

Annexe 4 : Présentation de l'organigramme du PNL

Annexe 5 Schéma du Circuit de l'information et délais au Programme National de Lutte contre le Paludisme

RESUME

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PLNP), est l'un des plus importants programmes du secteur de la santé de par son budget et le poids du paludisme dans les affections sévissant au Bénin. Suite du sommet d'Abuja (avril 2000), le Bénin entreprit une vaste campagne de maîtrise de la pandémie.

La nouvelle approche a pour but de remédier aux insuffisances des anciennes approches. Le thème : « **La gestion du Programme National de Lutte contre le Paludisme : identification des freins pour des effets plus durables** » cadre avec les nouvelles priorités et vise les freins à la durabilité des effets du programme.

Pour l'atteinte des objectifs de l'étude, nous avons procédé à une revue de littérature et à une enquête pour la vérifier les trois hypothèses retenues à savoir :

- la passivité du circuit de collecte des informations est à l'origine de la mauvaise gestion de l'information recueillie ;
- la nature du partenariat est à la base de la faible collaboration des tradipraticiens avec le programme ;
- la mauvaise gestion des stocks entraîne des problèmes de ruptures de stocks.

Il se pose un problème de gestion administrative ; plusieurs recommandations ont été faites : définir des indicateurs de performance des agents, prendre les mesures pour le respect des délais de transfert des données, renforcer la collaboration entre les différents acteurs, instituer une série d'évaluations périodiques, agréer des cabinets d'études sérieux et expérimentés, et enfin, doter les services stratégiques de ressources.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE PRELIMINAIRE : PROBLEMATIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Section 1 : Restitution des observations de stage et ciblage
de la problématique

Paragraphe 1 : Etat des lieux du PNL

Paragraphe 2 : Ciblage et spécification de la
Problématique

Section 2 : Revue de littérature, et méthodologie de
Recherche

Paragraphe 1 : Revue de littérature

Paragraphe 2 : Démarche méthodologique

CHAPITRE 1^{ER} : ANALYSE DES RESULTATS ET TEST DES HYPOTHESES

Section 1 : Analyse des résultats et vérification des
Hypothèses

Paragraphe 1 : Présentation des résultats

Paragraphe 2 : Analyse des résultats

Section 2 : Test des hypothèses et établissement du
Diagnostic

Paragraphe 1 : Test des hypothèses

Paragraphe 2 : Etablissement du diagnostic

CHAPITRE 2^{EME} : SOLUTIONS, CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE ET RECOMMANDATIONS

Section 1 : Solutions et conditions de mise en œuvre

Paragraphe 1 : Solutions aux problèmes

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des
Solutions

Section 2 : Recommandations de l'étude

Paragraphe 1 : Recommandations aux acteurs du
Programme

Paragraphe 2 : Recommandations aux dirigeants du
secteur de la santé

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE

« Sans la santé, la jeunesse et la beauté, l'avoir et le savoir ne sont d'aucune utilité ».

Cette assertion de Robert TAGNON, lors du rapport de la consultation sur le secteur de la santé les 12 et 13 janvier 1995, exprime bien le rôle combien important que joue la santé dans le développement de l'être humain tant sur le plan personnel que socio-économique.

Conscient de cela, l'Etat béninois a placé la santé au premier rang de ses préoccupations et ses partenaires techniques et financiers lui accordent tout le soutien requis dans le cadre de l'aide au développement grâce aux projets initiés dans ce cadre.

C'est pourquoi le gouvernement actuel de la République du Bénin, dans la mise en œuvre de son plan d'action, a fait du secteur de la santé une priorité au point où les décisions d'envergure se succèdent au profit du Ministère en charge de la santé. Nous pouvons citer entre autres, la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, la gratuité du bilan de santé pour tous les enseignants.

L'expérience des projets dans le secteur de la santé inscrite dans la nouvelle approche programme pour une vision globalisante du secteur, se doit donc de garantir les efforts fournis et pérenniser les résultats escomptés pendant et à la fin desdits projets. Ainsi, au regard des différents rapports d'auto évaluation qui font état des acquis importants obtenus par les projets et du caractère temporel de ces derniers, il

importe d'explorer l'éventualité de la durabilité des résultats obtenus et des conditions de leur maintien dans le temps, même en l'absence de dévolution du concours des partenaires.

Le suivi et l'évaluation des projets et programmes de la santé deviennent par conséquent une nécessité, d'autant plus qu'ils suscitent une attention particulière dans le contexte de la pérennisation des différents acquis.

Le Suivi-Evaluation est un outil majeur d'aide à la décision pour entreprendre, poursuivre, modifier ou analyser une action. Il est le moyen le mieux adapté pour participer à l'élaboration de systèmes de régulation de santé collective, pour répondre en permanence à la réalité du terrain dans la perspective du court, moyen et long terme.

Selon l'Annuaire Statistique de la Santé du Ministère (ASS 2004), le paludisme est l'une des maladies pandémiques sévissant au Bénin. Première cause de mortalité, principale cause d'anémie chez les femmes enceintes et première cause de l'absentéisme à l'école et au travail, ce mal fait plus d'un million de victimes par an en Afrique, pour la plupart des enfants de moins de cinq ans.

Eu égard à nos observations lors des émissions de télévision et de radio, la communication liée à la pathologie du paludisme se trouve être la plus en vogue de nos jours. Il ressort de nos recherches préliminaires au début de stage que cette maladie est la première cause de mortalité et de morbidité en Afrique (1 décès toutes les 30 secondes). Toute action menée par les pouvoirs publics dans le sens de la

maîtrise de cette maladie mérite donc une grande attention et beaucoup d'encouragement.

C'est ce qui explique notre intérêt pour le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dont nous avons choisi l'étude dans le cadre de notre stage de fin de formation, étude vue sous l'angle de "notre contribution" à la durabilité des résultats issus du programme. Pour ce faire, le développement du thème de recherche intitulé : <<**La gestion du Programme National de Lutte contre la Paludisme : identification des freins pour des effets plus durables**>> a été fait selon une structuration en trois (03) chapitres à savoir :

- Un chapitre préliminaire pour le choix de la problématique à résoudre et l'adoption d'une démarche méthodologique pour sa résolution ;
- Un chapitre premier destiné à faire l'analyse des résultats issus des enquêtes et les tests d'hypothèses ;
- Et enfin, un deuxième chapitre pour nos propositions de solutions, leurs conditions de mise en œuvre et les recommandations y afférentes.

Chapitre Préliminaire :
Problématique et démarche
méthodologique

Section 1 : Restitution des observations de stage et ciblage de la problématique

Paragraphe 1 : Etat des lieux du PNLP

Nous allons ici, nous appesantir sur la présentation de la structure d'accueil, la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la santé et beaucoup plus, sur le Programme National de Lutte contre le Paludisme dont nous ferons l'état des lieux de base. Mais avant, le cadre institutionnel du Ministère de la Santé sera décrit.

1. Brève présentation du Ministère

Le Ministère de la santé est la structure qui a en charge la mise en œuvre des politiques gouvernementales en matière de santé. C'est le département qui initie les actions de santé, planifie, coordonne, contrôle les activités y afférentes, en plus d'être le premier responsable de la politique sanitaire nationale et étrangère.

A ce titre, il conçoit non seulement les stratégies pouvant garantir la bonne santé du citoyen, mais aussi conçoit les politiques de mise à niveau du personnel de santé et assure le bon fonctionnement des services et structures publics et privés qui concourent à la préservation et à l'amélioration de la santé du citoyen béninois. Ce Ministère est également chargé de représenter le Bénin au sein des organismes chargés de la santé auxquels le pays a adhéré ; à ce titre, il est chargé de faire appliquer les résolutions qui vont en ressortir (ex : Accord d'Abuja).

Dans l'accomplissement de sa mission, le ministère dispose d'une structure type qui caractérise la plupart des ministères et qui forme son ossature. Cette structure comprend :

- ✓ Le cabinet ;
- ✓ Le secrétariat général ;
- ✓ Les services centraux directement rattachés au Ministre ;
- ✓ Les directions centrales (Direction des Ressources Humaines, Direction des Ressources Financières et du Matériel, Direction de la Programmation et de la Prospective) ;
- ✓ Les organismes sous tutelle.

Le Ministère de la Santé dispose en outre d'un organe de soutien dont la composition et les attributions sont fixées par décret : il s'agit du Comité National de suivi de l'Exécution et de l'Evaluation des Projets/Programmes du secteur santé (CNEEP).

Il est institué sous la présidence du Ministre, un Comité de Direction (à caractère consultatif) qui réunit le Directeur de Cabinet et son adjoint, le Directeur de l'Inspection et de la Vérification Interne (DIVI), les Conseillers Techniques, le Secrétaire Général et les Directeurs Centraux ou Techniques.

2. Présentation de la DPP

La Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) est l'une des trois structures centrales du Ministère de la Santé, avec la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Ressources Financières et Matérielles (Voir

organigramme du ministère en annexe N° 2). La DPP est l'organe de conception et de coordination du processus de planification, de programmation, de budgétisation, de suivi et d'évaluation des programmes du secteur santé. C'est à ce titre, qu'elle assure la fonction d'appui à la conception générale, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes du secteur de la santé.

La Direction de la Programmation et de la Prospective est composée de sept services qui sont :

- le Secrétariat Administratif (SA) chargé de l'organisation et de l'exécution des tâches administratives ;
- le Service des Etudes, des Stratégies et de la Prospective (SESP) chargé de coordonner les travaux d'élaboration et d'actualisation des documents de politique et de stratégies de développement ;
- le Service de la Coordination de la Coopération Technique (SCCT) qui a en charge l'élaboration et le suivi, en collaboration avec les autres ministères compétents, des accords et des programmes de coopération avec les gouvernements étrangers et les organismes internationaux ;
- le Service de la Statistique et de la Documentation (SSD) qui a la mission d'animer et d'actualiser le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) ;
- le Service de la Comptabilité chargé de la gestion des Ressources matérielles et financières mises à la disposition de la direction ;

- la Cellule de Suivi-Evaluation (CSE) chargée de suivre la mise en œuvre des structures, projets et programmes du Ministère de la Santé sur la base d'indicateurs pertinents ;
- le Service de la Programmation (SP) chargé de coordonner les travaux d'élaboration du budget-programme (tâche à laquelle nous nous sommes exercé durant notre stage dans la structure) et d'apporter les appuis nécessaires aux directions, projets et programmes du ministère en plus d'élaborer des outils d'aide à la planification des projets et programmes du secteur. Ce service incluait en son sein celui du suivi-évaluation.

Le SP est composé de deux divisions :

- ✚ la division de la préparation et de l'élaboration du budget (DPEB);
- ✚ la division de l'opérationnalisation du budget (DOB).

3. Description du Programme National de Lutte contre le Paludisme

Il s'agira, dans ce paragraphe, de décrire le programme et de faire l'état des lieux actuel quant à sa mise en œuvre, c'est-à-dire identifier les aspects positifs et négatifs que nous avons enregistrés dans l'observation de la structure qu'est le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

3.1. Description du programme

Avant toute description, voyons d'abord le contexte qui a prévalu à la conception du programme et la justification de sa mise en œuvre.

La situation sanitaire du Bénin, était caractérisée essentiellement par une pathologie tropicale variée très agressive avec une prédominance des infections endémo-épidémiques et les maladies parasitaires. Selon l'annuaire statistique de la santé 2006, ces affections sont dominées par le paludisme qui représente à lui seul pour l'ensemble du pays, 37,5% des affections infectieuses et parasitaires non hospitalisées (l'incidence moyenne du Paludisme est de 108 pour 1000 habitants. Cette incidence est nettement plus élevée chez les enfants de 0 à 5 ans où elle atteint 490 pour 1000 habitants). Les diarrhées et les gastro-entérites atypiques, liées au péril hydro-fécal et aux mauvaises conditions d'hygiène, représentent 5,2% des pathologies notifiées. Notons que ces statistiques sont en deçà de la réalité car, il est évident que tous les cas ne sont pas déclarés dans les centres de santé du fait de la pratique de l'automédication, répandue au sein de la population.

Au sommet d'ABUJA en avril 2000, les Chefs d'Etats et de Gouvernements Africains, sur l'initiative "Faire Reculer le Paludisme" (FRP) du Docteur Harlem GRO BRUDTLAND alors Directeur Général de l'OMS, ont pris l'engagement d'améliorer la prévention du paludisme et ont décidé de prendre les mesures appropriées et durables pour renforcer le système de santé régional afin que d'ici à l'an 2010, 80% de malades

souffrant du paludisme aient accès à un traitement rapide adéquat et durable. Il s'agit certes d'un programme ambitieux, très osé mais réalisable.

Depuis sa création en 1992, le PNLN a mené plusieurs activités de lutte antipaludique à travers diverses stratégies et approches, renforcées par la stratégie de Lutte Antipaludique Accélérée (LAPA).

Cette stratégie mise en œuvre à la suite des accords de Bamako et d'Abuja, se justifie dans la mesure où il constitue un important bond dans la résolution des problèmes relatifs à l'inefficacité des programmes l'ayant précédé. Il a l'avantage d'être conforme aux nouvelles exigences du pays et de la sous-région en matière de lutte contre le paludisme. Par son intervention le programme aidera à accroître le niveau des résultats obtenus jusque-là dans cette lutte grâce à la prise en compte des trois contraintes majeures de toute organisation à savoir : l'instabilité, l'accélération et la mondialisation.

Sur le plan socio économique, le programme (réduisant le taux d'absentéisme et de mortalité) permettra au Bénin, de disposer des ressources humaines de qualité et en quantité pour les secteurs sociaux et économiques de développement. Ainsi, à travers cette main d'œuvre en bonne santé grâce à la qualité des soins en santé, la croissance économique et l'émergence seront favorisées.

Cependant quels sont les objectifs assignés à ce programme ?

Le programme a pour **objectif global** de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population béninoise en

général et particulièrement celui des enfants moins de 5 ans et des femmes enceintes qui en sont les principales cibles de par leur fragilité face aux affections.

Comme **objectifs spécifiques**, ce programme vise à :

- ✓ Assurer la prise en charge adéquate d'au moins 80 % des cas de paludisme à domicile et dans la communauté dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes ;
- ✓ Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80 % des cas de paludisme grave selon la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- ✓ Amener au moins 80 % des groupes à risques (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans) à utiliser toutes les nuits, la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée;
- ✓ Assurer le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine chez au moins 80 % des femmes enceintes ;
- ✓ Assurer la sensibilisation d'au moins 80 % des communautés sur l'assainissement du milieu et la destruction des gîtes larvaires.

Le PNLN est doté d'une structure classique comme tous les programmes du secteur. (Voir organigramme en annexe N°4). Nous pensons cependant qu'il faille améliorer cette structure pour permettre au programme de parvenir à ses fins grâce à une facilité de réaction et un dynamisme face à son environnement en perpétuel changement.

3.2. Actions réalisées et résultats obtenus

Pour atteindre ces objectifs ambitieux, deux phases sont prévues pour le PNLP. La première phase a pris fin en 2005 et la deuxième, qui met l'accent sur la nouvelle politique de lutte contre le paludisme, court de 2006 à 2010.

Les principales actions exécutées sont :

- Evaluation de la lutte anti-vectorielle au Bénin (des évaluations qui sont assez rares à notre avis);
- Formation des mères d'enfants de moins de 5 ans sur le paludisme et la prise en charge de la fièvre à domicile ;
- Organisation de la finalisation et de l'adoption du plan de communication et de mobilisation : c'est un plan que nous qualifions de statique en plus du fait qu'il n'a jamais été évalué;
- Mise à échelle des initiatives à base communautaire de lutte contre le paludisme ;
- Participation aux activités de la mission d'appui technique pour le renforcement du système de suivi et d'évaluation des interventions contre le paludisme ;
- Organisation de la visite des jardins botaniques mis en place et appui à la formation des tradipraticiens ;
- Formation de 60 animateurs des radios communautaires sur la prise en charge du paludisme ;
- Mise en place des moustiquaires Olyset, remplacées par les moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée;

- Elaboration des modules de formation sur la prévention du paludisme en milieu scolaire. Cependant, cette démarche n'est pas vulgarisée à grande échelle jusqu'à nos jours;
- Réalisation et diffusion de télé-films en langues locales sur la prise en charge du paludisme et l'utilisation des moustiquaires imprégnées ;
- Formation des infirmières et infirmiers du secteur public et des formations sanitaires privées sur la prise en charge des cas de paludisme ;
- Elaboration du document de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme au Bénin ;
- Elaboration des modules de formation sur la nouvelle politique de lutte contre le paludisme ;
- Organisation des séances de sensibilisation et de vulgarisation de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme à l'intention des élus locaux et du personnel de santé dans tous les départements ;

3.3. Résultats attendus du programme

Le principal résultat attendu du programme est la diminution de 50% en 2010, des taux de mortalité et de morbidité par rapport à la référence de 2001.

3.4. Coût du programme

Le coût total prévisionnel du programme (2^{ème} phase) est de **62 733 millions F CFA** financé en ce jour, à hauteur de :

Budget National	:	8 080 millions F CFA
Banque Mondiale	:	15 000 millions F CFA
OMS	:	1 298 millions F CFA
USAID	:	450 millions F CFA
UNICEF	:	152 millions F CFA

Il faut remarquer que le financement n'est pas bouclé avant le lancement du programme comme dans des projets et programmes classiques. Le complément est obtenu au fur et à mesure à travers le plaidoyer que le programme conçoit à l'intention des partenaires techniques et financiers, ce qui engendre une modification tous azimuts du budget prévisionnel dans le temps. Cet état de choses explique également pourquoi le taux d'exécution de la première phase est inférieur aux projections.

Dépenses effectuées (période 2001-2005), Montant: 4467 millions FCFA

Budget National	:	3 452 millions F CFA
OMS	:	928 millions F CFA
UNICEF	:	87 millions F CFA

Restant à réaliser : Coût : 5063 millions FCFA

Budget National	:	4 628 millions F CFA
OMS	:	470 millions F CFA
UNICEF	:	65 millions F CFA

TAUX D'EXECUTION: **46,87 %**

Tableau n° 1: Diagnostic du PNLP

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence du mécanisme de suivi-évaluation contrairement à beaucoup d'autres projets /programmes du secteur; • Existence d'une structure unique qui centralise les données ; • Unicité d'un plan stratégique du PNLP ; • Mécanisme utilisant les structures de la pyramide sanitaire; • Mécanisme de suivi-évaluation du PNLP qui repose sur des outils de collecte et d'analyse d'information à chaque niveau de la pyramide sanitaire sur laquelle son ossature est calquée ; • Divers outils de collecte des différents systèmes du mécanisme de suivi-évaluation complémentaires ; • Mécanisme de suivi-évaluation qui bénéficie de l'appui de tous les acteurs impliqués dans le programme ; • Méthode de calcul des indicateurs est indiquée dans le mécanisme sus mentionné ; • Renforcement de la capacité de gestion du PNLP ; gestion des partenariats avec les organismes bilatéraux, multilatéraux; • Formations données aux femmes enceintes et mères d'enfants de moins de 5 ans ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de gestion du programme souffrant de l'absence de compétences pluridisciplinaires, notamment dans le domaine de conduite de projet et dans le domaine de suivi-évaluation. Ainsi, nous constatons que certains termes et procédures clés propres en la matière ne sont pas été utilisés pour la gestion de ce programme; • Inexistence de documents de planification des projets ; • Difficile production des documents de suivi ; • Outils de suivi à caractère non exhaustif ; • Implication très légère et passive dans le suivi ; • Non pertinence du système de suivi/évaluation ; • Termes De Référence (TDR) non explicitement énoncés or les TDR non formulés peuvent porter atteinte aux objectifs du mécanisme de suivi-évaluation ; • Plan d'échantillonnage pas clairement explicite s'agissant de la collecte des données au niveau de la population; • Les résultats de nos investigations sur le SNIGS révèlent que ce système rencontre encore d'énormes difficultés dans la collecte des données utilisées dans le cadre de l'élaboration de ce document statistique ; • Tout au long de l'année, le manque de célérité empêche le mécanisme de suivi-évaluation de faire le point annuel des données collectées dans le délai indiqué ; • Mécanisme de suivi-évaluation du

<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration entre le PNLP et la médecine traditionnelle. • Fort intérêt des partenaires au développement; • Contexte de bonne gouvernance qui conduit à une gestion axée sur résultats ; • Possibilité d'exploiter les informations données par les différents systèmes pour réorienter les interventions et pour corriger les dysfonctionnements qui existent ; • Existence d'un mécanisme qui permet au Bénin d'améliorer son intervention sur le plan de la lutte contre le paludisme par rapport aux autres pays de l'Afrique subsaharienne et du continent. • Niveau de chloroquino-résistance supérieur à 25%, seuil à partir duquel l'OMS recommande un changement de régime thérapeutique”. 	<p>PNLP ne dispose pas encore des moyens matériels et humains suffisants (parc informatique, matériel roulant et ressources humaines...) pour atteindre ses objectifs ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune information n'est donnée sur le mode de financement, ainsi que sur l'utilisation du rapport de suivi-évaluation ; • Faible utilisation des résultats de laboratoire et absence des techniciens de laboratoires dans la plupart des structures limite la véracité des diagnostics du paludisme ; • Faible association des bénéficiaires à toutes les phases de gestion ; • Insuffisance des plateaux techniques de formation sanitaire ; • Expression de besoins non prioritaires ; • Retard dans l'exécution des activités ; • Mauvaise évaluation des coûts (permanente réévaluation de programme) ; • Interférence de la hiérarchie ; • Non-respect du planning de décaissement des fonds ; • Insuffisance d'évaluations systématiques ; • Inexistence de charte des responsabilités ; • Pesanteurs socioculturelles (crise de paludisme traité d'attaque de sorcellerie) et économiques non surmontées; • Suspension fréquente de l'appui financier des partenaires ; • Cas enregistrés dans les formations sanitaires publiques
--	---

	<p>en deçà de la réalité ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • la majorité des cas de paludisme sont traités à domicile ; • Plusieurs facteurs ont contribué au développement de la chimiorésistance dont l'automédication associée à la qualité incertaine des médicaments antipaludiques disponibles dans le secteur informel ; • Prise en charge inadéquate des cas de paludisme doublée de la faible capacité financière des populations.
--	---

Source : Notre étude

Paragraphe 2 : Ciblage et spécification de la problématique

1. Le problème général et ses dérivés

L'annuaire des statistiques de la santé ASS (Editions de 2004, 2005, 2006, 2007), pour la surveillance épidémiologique montre que le paludisme constitue la première cause de fréquentation des hôpitaux (39,7% des cas). Le paludisme est aussi le premier facteur d'hospitalisation (24,7%) et de mortalité (20,6%). Cette maladie est la principale cause de la morbidité et de la mortalité pour les enfants de moins de 5 ans et constitue une menace permanente pour les femmes enceintes tout au long du cycle de gestation. Selon l'OMS une famille en Afrique subsaharienne dépense dans le traitement du paludisme, en moyenne 25% de son revenu annuel pour se soigner et cela, sans compter les dépenses de prévention et les manques à

gagner à cause de l'inactivité. Le choix du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) comme structure de l'étude est motivé par ces différentes considérations.

Le problème général qui se dégage de l'étude que nous avons décidé d'y mener réside dans la non durabilité des effets des actions entreprises par le PNL. Nous en avons tiré que ledit programme présente des problèmes sur trois volets essentiels à savoir : le management des ressources humaines, le management de l'information et de la communication, le management des approvisionnements.

Avant les causes présumées qui doivent correspondre aux problèmes spécifiques, il faut avoir déterminé ces derniers c'est-à-dire les problèmes spécifiques découlant du problème général.

Ainsi, le problème général est la résultante des problèmes spécifiques suivants:

1. Mauvaise gestion de l'information ;
2. Collaboration superficielle avec les tradipraticiens ;
3. Ruptures quasi-permanentes des stocks des produits au niveau des centres de santé.

A l'origine de ces différents problèmes spécifiques, nous avons identifié des causes probables. Ce sont :

Cause n°1

La passivité dans la gestion de l'information (La passivité peut ressembler à de la négligence ou à l'indifférence mais c'est souvent une couverture de l'incertitude) ;

Cause n°2

La crainte des tradipraticiens de perdre leur source de revenu ;

Cause n°3

La mauvaise gestion des approvisionnements.

Dans la perspective de la réalisation de notre étude, nous nous fixerons des objectifs et formulerons des hypothèses à partir de ces causes supposées être à la base des problèmes spécifiques.

2. Les objectifs et hypothèses de l'étude

Cette partie consistera à fixer l'objectif général, les objectifs spécifiques et les hypothèses de manière à réaliser avec plus de facilité le tableau de bord de l'étude.

2.1. Les objectifs*Objectif général*

L'objectif général est de faire aux responsables du Ministère en général et à ceux du PNLP en particulier, le point des facteurs affectant négativement la pérennisation des acquis du programme.

Objectifs spécifiques

L'objectif général sera décliné en objectifs spécifiques qui seront formulés conformément aux trois (03) problèmes spécifiques retenus à savoir :

- Faire une appréciation qualitative du fonctionnement du système de gestion des informations (objectif spécifique n°1) ;
- Evaluer les chances de collaboration des tradipraticiens avec le programme (objectif spécifique n°2) ;
- Faire une analyse comparative des forces et faiblesses du système de gestion des stock (objectif spécifique n°3).

A la vue de tout ce qui précède, nous formulons les hypothèses suivantes à vérifier:

2.2. Les hypothèses

Hypothèses liées aux problèmes spécifiques

Tout problème a toujours une cause à identifier et la détermination de celle-ci s'inscrit dans le processus de résolution dudit problème sinon qu'elle en est le point de départ.

Hypothèse liée au problème de mauvaise gestion de l'information

L'hypothèse n°1 : La passivité du circuit de collecte de l'information est à l'origine de la mauvaise gestion des flux informationnels.

Hypothèse liée au problème de collaboration superficielle avec les tradipraticiens

L'hypothèse n°2 : La crainte des tradipraticiens de perdre leur source de revenu est la base de leur faible collaboration.

Hypothèse liée au problème de Ruptures de stocks

• ***L'hypothèse n°3*** : La mauvaise gestion des stocks entraîne des problèmes de rupture de stocks.

Tableau n° 2 : Tableau de Bord de l'Etude

Niveau d'activité	Problèmes	Objectifs	Causes	Hypothèses
Niveau général	Problème général Non durabilité des effets des actions entreprises par le PNL	Objectif général Attirer l'attention des gestionnaires du PNL sur les facteurs affectant la durabilité des actions menées	Cause générale -	Hypothèse générale -
Niveaux spécifiques	Problème spécifique n°1 Mauvaise gestion de l'information	Objectif spécifique n°1 Faire une appréciation qualitative du fonctionnement du système de gestion des informations	Cause spécifique n°1 La passivité qui caractérise le circuit de collecte de l'information	Hypothèse spécifique n°1 La passivité qui caractérise le circuit de collecte est à l'origine de mauvaise gestion des flux informationnels;
	Problème spécifique n°2 Collaboration superficielle avec les tradipraticiens	Objectif spécifique n°2 Evaluer les chances de collaboration des tradipraticiens avec le programme	Cause spécifique n°2 La crainte des tradipraticiens de perdre leur source de revenu	Hypothèse spécifique n°2 La crainte des tradipraticiens de perdre leur source de revenu est à la base de leur faible collaboration
	Problème spécifique n°3 Ruptures de stocks quasi permanente des produits au niveau des centres de santé	Objectif spécifique n°3 Faire une analyse comparative des forces et faiblesses du système de gestion des stocks	Cause spécifique n°3 La mauvaise gestion des stocks	Hypothèse spécifique n°3 La Mauvaise gestion des stocks entraîne des problèmes de ruptures de stocks

Source: Notre étude (Juillet 2008)

Section 2 : Revue de littérature et méthodologie de recherche

Paragraphe 1 : Revue de littérature

La recherche préliminaire a permis de recueillir les informations à partir d'ouvrages rédigés sur le paludisme que ce soit au Bénin ou en Afrique et des rapports des conférences et évaluations sur l'évolution de la maladie et des stratégies pour la contrer. Cette recherche a concerné aussi les documents traitant de nos différents problèmes relevés (général et spécifiques) à résoudre dans la présente étude.

La nécessité de faire le point sur l'état des connaissances antérieures se justifie en ce sens qu'il est indispensable avant toute recherche, de faire le point de la base théorique sur laquelle elle reposera pour ainsi éviter de revenir sur un aspect déjà traité donc ne pas faire un double emploi. Des recherches par rapport aux notions liées aux problèmes relevés ont été faites.

Cette recherche documentaire est suivie d'une revue documentaire a pris en compte toutes les informations contenues dans la documentation recueillie.

Nous partirons pour ce faire, du point des connaissances liées au problème général, à ceux relatifs aux problèmes spécifiques en résolution qui sont:

- ✧ *La mauvaise gestion des flux informationnels;*
- ✧ *La collaboration superficielle avec les tradipraticiens;*
- ✧ *Les ruptures de stocks.*

Paragraphe 2 : Démarche méthodologique

La méthode utilisée est celle de la recherche-action parce qu'elle a pour but, de résoudre des problèmes concrets et particuliers au milieu concerné. Cette méthodologie soutenue par l'approche participative permet de faire participer les principaux acteurs du programme, directement impliqués et concernés par les problèmes posés. Elle permet de mieux cerner les problèmes vécus par ceux-ci et d'identifier les solutions adéquates.

Ainsi, les étapes suivantes ont été respectées :

- Recherche documentaire au centre de documentation du ministère, recherche au PNLP, à la bibliothèque de l'Ecole Normale d'Administration et de Magistrature puis de l'Institut Supérieur Panafricain d'Economie Coopérative ;
- Recherche sur le net, recherche dans les journaux de la presse écrite, surveillance de toutes les émissions et éléments de télévision et de radiodiffusion au cours de la période de stage;
- Discussions et entretiens soutenus par le guide d'entretien ;
- Administration d'un questionnaire à chacun des sous groupes ciblés : cette approche participative a consisté à choisir un échantillon de la population concernée, à utiliser la technique du questionnaire et les outils appropriés pour procéder à la collecte et au traitement des données.

1. Approche théorique

La communication, avec pour corollaire l'information, est un processus de transmission de données à ceux qui l'utilisent ; cela

suppose que le besoin de prise de décisions est étroitement lié à la recherche d'informations vraies, pertinentes et présentées en temps opportun.

La théorie que nous retenons ici quant au problème lié à la gestion de l'information est celle de Frank LUNDIN qui recommande que pour que les informations soient opérationnelles, elles remplissent les conditions suivantes :

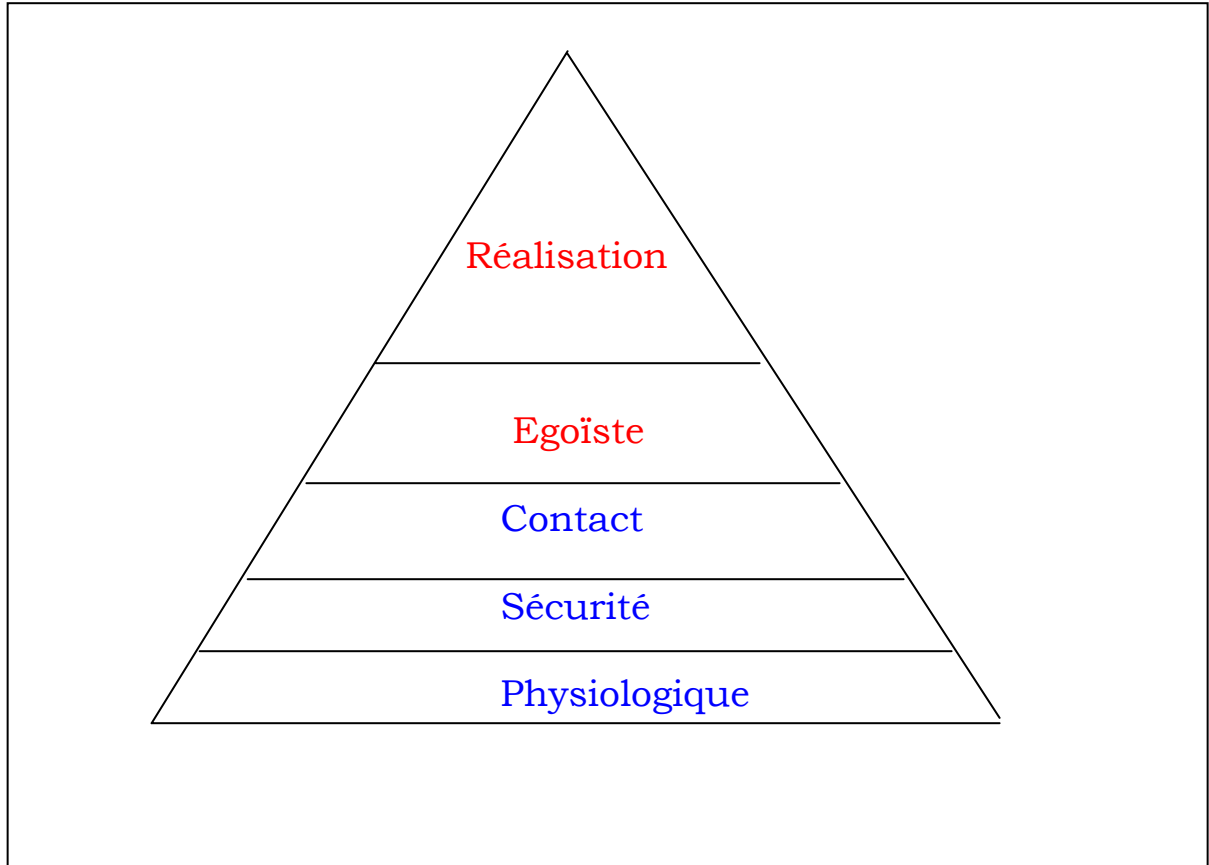
- Complètes ;
- Adaptées à l'utilisateur ;
- Actuelles ;
- Pertinentes.

Notons que toutes les informations doivent être suivies et que le destinataire après son travail doit rapporter le résultat : il s'agit de la communication rétroactive.

Pour ce qui est de la collaboration avec les tradipraticiens, c'est la théorie de Frederick HERZBERG sur la motivation qui est retenue. Cette théorie classe les facteurs de motivation en deux groupes :

- Facteurs de motivation, qui concernent le travail même ;
- Facteurs d'hygiène, qui concernent l'encadrement ou l'environnement.

Cette théorie est basée sur celle de MASLOW comme le démontre la figure suivante :

Figure N°1 : Pyramide des besoins de MASLOW

Facteurs de motivation | Réalisation
Egoïste

Facteurs hygiéniques | Contact
Sécurité
Physiologique

Source : Inspiré de F. LUNDIN(1999), Gestion et collaboration, PDFE

Quant à la recherche et à l’approvisionnement, nous préconisons la théorie de Björn Axelsson et Håkan Håkansson dans leur ouvrage « Achat pour la force de compétitivité ». Cette théorie

définit trois 03 rôles pour la fonction approvisionnement pour qu'elle soit compétitive :

- Développement ;
- Rationalisation ;
- Structuration.

Leur prise en compte permet l'identification des causes et hypothèses qui expliquent les problèmes retenus dans la gestion des approvisionnements et des stocks. Il permet de déterminer les conditions pour l'amélioration des résultats dans la réalisation du programme, la distribution des produits dans le délai et de donner davantage satisfaction aux bénéficiaires considérés comme des "clients" du programme car, ils sont sa raison d'être.

Quant au volet spécifique à la recherche, il ne sera pas abordé en raison de la limite de nos compétences en la matière.

2. Méthode empirique

2.1. Préparation et réalisation de l'enquête

Le ciblage de la " population-mère " qui devra être la base de notre étude sera fait en fonction des hypothèses émises que nous avons à vérifier.

Etant donné que les problèmes relevés viennent de la gestion courante du programme, nous avons donc comme principaux concernés par nos investigations, les acteurs directement impliqués dans l'exécution du programme. Ainsi, comme population mère, nous avons retenu :

- le personnel du PNLP;
- le personnel sanitaire décentralisé dans les formations sanitaires (hôpitaux de zone et centres communaux de santé) et qui assiste le programme dans ses activités de collecte des informations ;
- les tradipraticiens qui commercialisent des produits contre le paludisme.

La méthode d'échantillonnage retenue a pris en compte le budget disponible, la ressource humaine disponible (stagiaire que nous sommes), paramètres auxquels elle est assujettie. La technique qui a été retenue et utilisée, se base sur les contraintes de temps et de ressources: l'échantillonnage en grappe. Le quota défini pour chaque strate est fonction de l'effectif réel des sous-groupes identifiés à étudier. Il n'est pas retenu de méthode de calcul de la taille de notre échantillon. De façon purement aléatoire, nous avons retenu le nombre de quarante (40) enquêtés.

Face donc, comme nous l'avons annoncé, aux contraintes de temps et surtout de moyens que l'étude nous impose, nous avons limité la zone de l'étude à la commune à statut particulier de Cotonou dans le département de l'Atlantique/Littoral. La sélection de cette zone s'explique non seulement par sa proximité mais surtout par la possibilité de disposer d'informations intéressantes, tout aussi satisfaisantes que ce soit sur la zone de Cotonou que sur l'intérieur du pays.

La population mère considérée pour notre étude constitue une cible unique à laquelle nous ne pouvons déroger pour une vision de pertinence dans la réalisation de nos enquêtes.

Ainsi, le nombre de personnes physiques enquêtées est estimé à quarante (40) et se répartit comme suit dans le tableau d'échantillonnage ci-dessous présenté :

Tableau n° 3: Echantillonnage de la population

Catégorie des enquêtés	Effectif		Pourcentage
	Effectif prévu	Effectif touché	
1- Le personnel du PNL.	10	10	100%
2- Le personnel décentralisé.	25	23	92%
3- Les tradipraticiens.	05	04	80%
Total des personnes enquêtées	40	37	92,5%

Source : nos enquêtes

NB : Rappelons que malgré la non disponibilité de certaines personnes de la cible, l'effectif est toujours supérieur à trente (30) enquêtés (référence de base pour toute analyse statique). Ainsi, ce sont trente sept (37) enquêtés qui serviront de base à notre étude.

❖ Objectifs de l'enquête

Notre enquête a pour objectif principal, de vérifier les hypothèses formulées dans le cadre de notre travail de recherche. Ainsi, de manière spécifique, notre enquête nous permettra de voir si :

- ✓ la passivité qui caractérise le circuit de collecte est à l'origine de la mauvaise gestion des flux informationnels ;
- ✓ la peur de perdre leur source de revenu explique le fait que les tradipraticiens ne veulent pas collaborer ;
- ✓ la mauvaise gestion des approvisionnements entraîne des problèmes de rupture de stocks.

❖ **Le choix des techniques et outils de collecte des données :**

Les techniques et outils de collecte des données constituent des éléments essentiels de l'acquisition d'informations suffisantes et fiables permettant de mener des analyses tout en évitant une grande marge d'erreur afin d'atteindre les objectifs préétablis. Nous avons eu recours comme techniques à l'observation, à l'entretien et à l'enquête.

Les informations liées aux observations vont étayer nos analyses, mais ne feront pas l'objet d'une partie distincte.

❖ ***Les entretiens par guide***

Nous avons tout d'abord débuté par les entretiens qui nous ont permis d'obtenir des informations utiles avant le démarrage de la recherche par questionnaire. La technique d'entretien a permis d'écouter les intervenants dans le domaine, de connaître leurs différentes préoccupations et de profiler nos questionnaires. Exceptionnellement, ce guide a servi aux entretiens que nous

avons eus avec le personnel du programme et quelques responsables des structures décentralisées impliquées d'une manière ou d'une autre dans le programme. Ce guide nous a permis d'aborder avec les personnes ressources rencontrées, des questions relatives au contexte de la mise en œuvre de ce programme au Bénin, après ceux l'ayant précédé. Il nous a permis de mettre en évidence la vision générale du programme, les stratégies nouvelles fixées à l'initiative de Bamako et d'Abuja et qui sont utilisées pour atteindre les nouveaux objectifs.

❖ *Les entretiens par questionnaires*

Nous avons mené des enquêtes à l'aide de questionnaires élaborés sur la base des objectifs prédéfinis. Ces questionnaires sont préalablement testés sur trois individus de la population échantillonnée (précisément sur une ancienne Coordonnatrice du PNLP, le Responsable de la Direction Départementale de la Santé Atlantique/Littoral et une directrice d'ONG qui intervient dans la commercialisation des produits antipaludéens à base de plantes) avant d'être administrés à chaque individu de notre échantillon en fonction de son appartenance à l'un ou l'autre des sous-groupes constitués.

❖ *Technique de dépouillement et Outils statistiques de présentation des données*

Les données recueillies par questionnaire et par guide d'entretien ont été traitées de façon manuelle. Les résultats

d'enquête sont analysés puis présentés essentiellement dans des tableaux et par des diagrammes.

❖ ***Difficultés rencontrées***

Elles sont relatives d'abord à la nature du sujet abordé, qui est de type nouveau pour le programme, du nombre restreint de ceux qui constituent l'échantillon et du court délai accordé à la réalisation de cette étude.

La principale difficulté est la relative petite taille de l'échantillon car celle-ci ne concerne que quelques personnes du programme, un nombre infime de tradipraticiens et quelques uns des membres du personnel décentralisé de la zone ciblée. La qualité de notre échantillon réside dans le fait qu'il prend en compte des personnes ressources directement impliquées dans notre sujet d'analyse et dont nous avons, de façon aléatoire fixé le nombre à quarante (40) car nous supposons qu'avec un tel échantillon (supérieur à 30), nos résultats peuvent se prêter à des analyses tangibles sur lesquelles nous allons fonder nos conclusions sans oublier que nous avons une contrainte capitale qui se trouve être le délai très court de réalisation de l'étude. L'indisponibilité des acteurs a aussi été une cause de ralentissement dans l'évolution des recherches.

❖ ***Limite de la recherche:***

Tout ce qui précède pourrait avoir été influencé par la portée des données car, il ne faut pas oublier que l'étude a un caractère

stratégique et est axée en partie sur les informations fournies par des agents du programme, ce qui ne garantit pas la réalité des réponses données. Aussi, la méfiance et l'hésitation de certains acteurs, parties prenantes au processus de gestion des projets sont – elles des éléments de biais et de marge d'erreur. Cependant les limites concernent essentiellement les difficultés à disposer des statistiques récentes et fiables. La récente statistique qui été mise à notre disposition est celle de l'année 2003.

Nous aurions pu étendre cette enquête aux populations et partenaires techniques et financiers qui ont un droit de regard sur la question mais les contraintes temporelles, matérielles et financières ont contribué à restreindre le niveau de l'étude à l'échantillon ciblé.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu recueillir toutes les informations voulues sur le programme car la documentation n'est pas accessible et aussi étonnant que cela paraisse, le matériel informatique contenant la base de données est détenu par le personnel qui est allé en mission durant notre période de stage (deux mois).

Chapitre Premier:
Analyse des résultats et test des
hypothèses

Section 1 : Analyse des résultats et vérification des hypothèses

Paragraphe 1 : Présentation des résultats

3. Résultats relatifs à la gestion de l'information

Tableau N°4 Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'actualisation des informations

Actualisez-vous vos bases de données ?	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	TOTAL
Membres de la coordination	00	03	06	01	10
Personnel décentralisé	00	15	07	01	23
SYNTHESE	00	18	13	02	33

Source : Notre étude, juillet 2008

Ce tableau nous renseigne sur les opinions des membres de la coordination et du personnel décentralisé sur l'aspect essentiel de l'actualisation des données. Les résultats de l'enquête nous permettent de dire que seulement 30% des membres de la coordination veillent souvent à actualiser leur base de données ; mieux, 10% de ceux-ci ne le font jamais. Quant au personnel décentralisé, un peu plus de 65% actualisent les données ; 30% y songent rarement.

Tableau N°5 Répartition des enquêtés selon l'avis sur la pertinence des informations

Avez-vous tout ce dont vous avez besoin comme informations ?	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	TOTAL
Membres de la coordination	00	03	06	01	10

Source : Notre étude, juillet 2008

Tableau N°6 Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'opportunité des informations

Arriviez vous à avoir les informations voulues en temps opportun ?	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	TOTAL
Membres de la coordination	00	03	06	01	10

Source : Notre étude, juillet 2008

Les deux tableaux précédents méritent une interprétation commune d'autant plus que leurs résultats sont pareils. La similitude des résultats peut témoigner de la véracité des réponses reçues. Ainsi donc, seulement 30% des enquêtés nous ont révélé avoir souvent tout ce dont ils ont besoin comme information et ceci au moment où ils en ont vraiment besoin.

Tableau N°7 : Répartition des enquêtés selon l'avis sur les informations liées au suivi

Y a t-il toujours un suivi sur chaque activité lancée ?	Oui	Non	TOTAL
Membres de la coordination	03	07	10
Personnel décentralisé	05	18	23
SYNTHESE	08	25	33

Source : Notre étude, juillet 2008

On fait cas ici de plus de 70% des membres de la coordination et du personnel décentralisé qui n'ont pas systématiquement un état sur le suivi de chacune des activités lancées par le programme ; cela témoigne de la non information de tous les acteurs de l'évolution des actions.

Tableau N°8 : Répartition des enquêtés selon l'avis sur la fréquence d'actualisation des informations.

Quelle est la périodicité de vos évaluations quant aux activités menées ?	Semestre	Trimestre	Mois	Semaine	TOTAL
Membres de la coordination	08	02	00	00	10
Personnel décentralisé	18	04	01	00	23
SYNTHESE	26	06	01	00	33

Source : Notre étude, juillet 2008

L'évaluation des activités a une période standard (pour tout au moins 80%) qui est de trois 03 mois.

Tableau N°9 Répartition des enquêtés selon l'avis sur la technique de collecte des informations

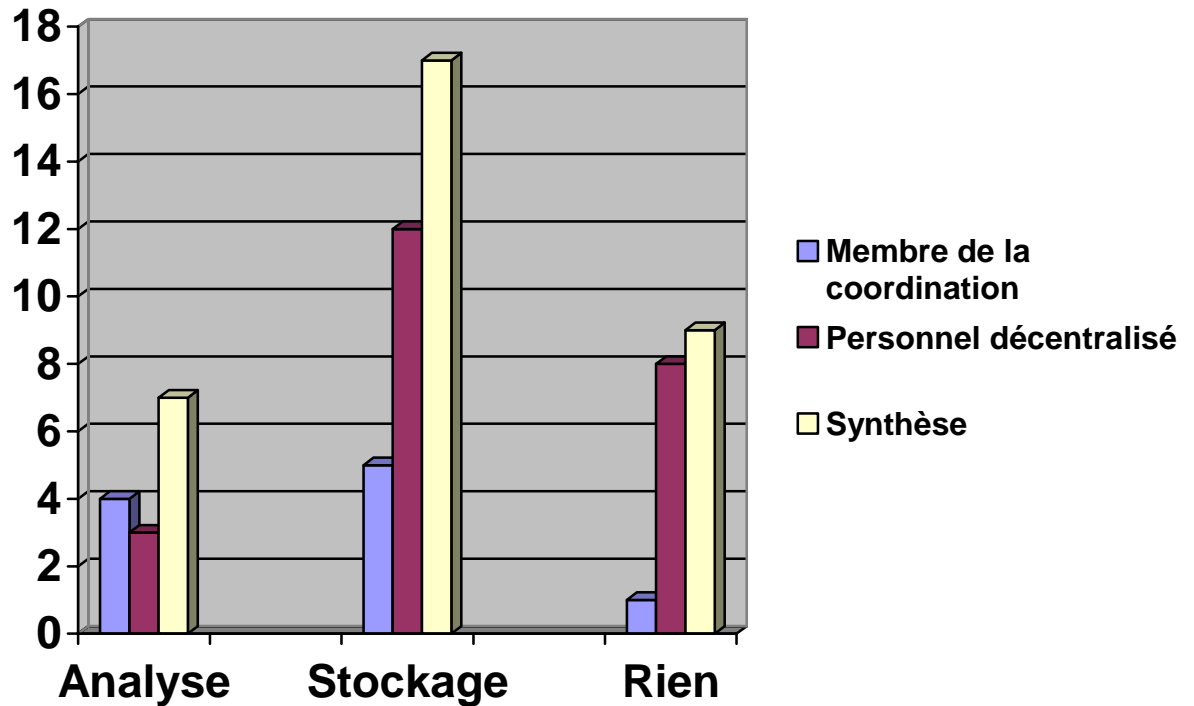
Question issue du guide d'entretien	Recensement	Echantillonnage
Membres de la coordination	10	10
Personnel décentralisé	23	00
SYNTHESE	33	10

Source : Notre étude, juillet 2008

A ce niveau, nous remarquons très aisément que le recensement c'est-à-dire la prise en compte de la totalité de la population qui est venue en consultation est le moyen le plus usité par les

différents acteurs du programme. Cela annule les risques d'erreurs liés aux estimations d'échantillonnage.

Figure N° 2 Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'utilisation des informations

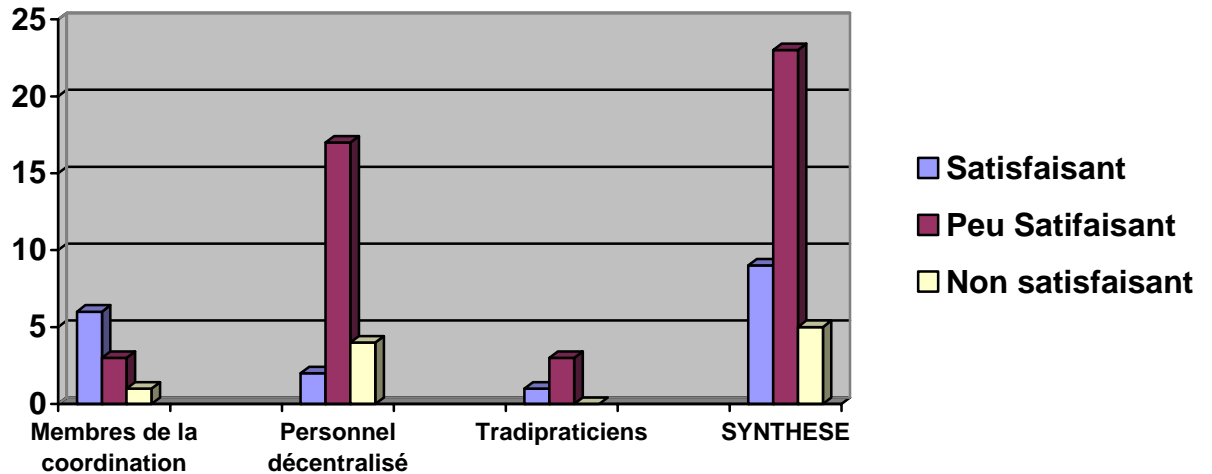


Source : Notre étude, juillet 2008

Près de 75% des acteurs font un usage certain des informations. Malgré cela, nous pouvons déplorer à juste titre que 9/33 ne font rien des informations qui leur parviennent. C'est une matière à inquiétude dont on devrait très vite identifier les causes.

2. Résultats relatifs à la gestion et la collaboration

Figure N° 3 Répartition des enquêtés selon l'avis sur la collaboration au niveau du PNLP



Source : Notre étude, juillet 2008

Il ressort qu'un peu moins de 10% de l'ensemble des enquêtés ne sont pas satisfaits de la collaboration avec le programme. Ce taux paraît faible mais il y a de quoi tirer sur la sonnette d'alarme parce qu'il peut très vite prendre de l'ampleur si l'on n'y prend pas garde. L'accent doit, nous le rappelons, être beaucoup plus mis sur la collaboration avec les tradipraticiens.

Tableau N°10 Répartition des enquêtés selon l'avis sur la collaboration générale

Etes-vous satisfaits de vos rapports avec le Ministère de la santé ?	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	TOTAL
Membres de la coordination	08	02	00	10
Personnel décentralisé	10	13	00	23
Tradipraticiens	01	02	01	04
SYNTHESE	19	17	01	

Source : Notre étude, juillet 2008

80% du personnel du programme est satisfait de ces rapports de même que plus de 60% du personnel décentralisé et 25% des tradipraticiens. Ceux qui sont peu enthousiastes quant à la coopération au sein de nos enquêtés sont cependant 18 (17+1) alors il y a, on peut le dire, matière à inquiétude.

Tableau N°11 Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'avenir de la collaboration avec le programme

Désirez-vous continuer la coopération ?	Oui	Non	TOTAL
Personnel décentralisé	18	05	23
Tradipraticiens	03	01	04
SYNTHESE	21	06	

Source : Notre étude, juillet 2008

Malgré les résultats du tableau précédent celui-ci et qui montrent le niveau de satisfaction des tradipraticiens et du personnel décentralisé, nous pouvons sans équivoque affirmer que la grande majorité (21 sur 27) veut la continuité de la collaboration avec le programme.

3 . Résultats relatifs à la recherche et approvisionnement

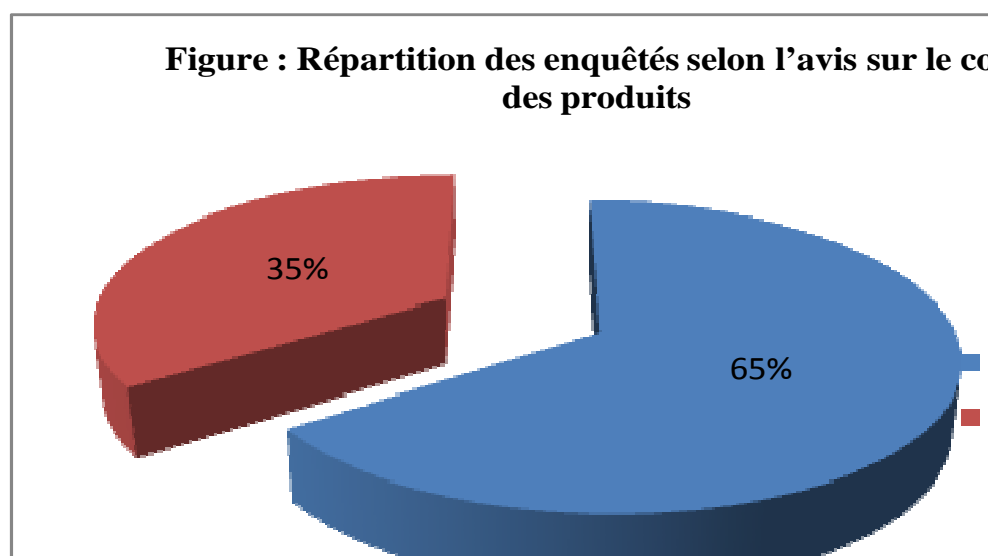
Tableau N° 12 Répartition des enquêtés selon l'avis sur la gestion des stocks

Parlez nous de votre système d'approvisionnement	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	TOTAL
Membres de la coordination	07	02	01	10
Personnel décentralisé	08	13	02	23
SYNTHESE	15	15	03	

Source : Notre étude, juillet 2008

Plus de 50% des enquêtés et principalement le personnel décentralisé n'est pas en harmonie avec la façon dont les stocks de produits sont gérés par la cellule des achats. Une réévaluation de la gestion des stocks s'impose donc pour une plus grande satisfaction des bénéficiaires du programme.

Figure N° 4 Répartition des enquêtés selon l'avis sur le coût des produits



Source : Notre étude, juillet 2008

Le personnel décentralisé, le plus en contact avec les bénéficiaires, nous informe d'un aspect crucial qui a un impact certain et pesant sur les effets escomptés du programme. Il estime que plus de 30% de la population ne parvient pas jusqu'à présent à se payer le traitement du paludisme. Cela montre pourquoi ces derniers s'adonnent à l'automédication, à la prise des produits d'origine douteuse aux abords des voies et aussi à un traitement traditionnel à l'aveuglette car ne maîtrisant pas la posologie des produits.

Tableau N°13 Répartition des enquêtés selon l'avis sur l'aspect recherche

Quels sont les laboratoires dont vous disposez ?	Tests	Recherche	TOTAL
Membres de la coordination	10	00	10
Personnel décentralisé	23	00	23
SYNTHESE	33	00	33

Source : Notre étude, juillet 2008

Sans équivoque, les laboratoires implantés ne sont pas pour promouvoir les recherches même si certains ont été conçus à l'origine pour cette fonction. Le volet recherche est banalisé.

Tableau N°14 Répartition des enquêtés selon l'avis sur les perspectives

Pense t-on à un traitement mixte tradi-moderne dans les prévisions et les recherches ?	OUI	NON	TOTAL
Membres de la coordination	05	05	10
Personnel décentralisé	04	19	23
Tradipraticiens	04	00	04
SYNTHESE	13	24	37

Source : Notre étude, juillet 2008

Cette question, dans son administration, s'est confrontée à des hésitations avant les réponses. Cela nous donne l'impression que les résultats reflètent beaucoup plus la pensée de leurs auteurs que ce qui se passe vraiment. L'analyser serait à notre avis un risque, un jeu de hasard pur et simple. Néanmoins nous pouvons affirmer que certains pensent à la réalité plausible d'un traitement mettant en couple les deux médecines : celle africaine et celle occidentale.

Paragraphe 2 : Analyse des résultats

Les 65% qui actualisent les données le font selon nos entretiens à cause des rapports journaliers qu'ils doivent produire.

La grande masse soit 60% l'ont rarement alors que 10% se plaignent de ne jamais avoir des informations pertinentes et en temps utile.

Cependant, concernant la technique du recensement remarquons que ces chiffres ne concernent que les cas enregistrés dans les

centres de santé publics et nous savons très bien que plusieurs cas sont traités à domicile (automédication et traitement traditionnel) et beaucoup d'autres dans des cabinets de santé privés autorisés ou non à exercer. Ces derniers ne tiennent pas de statistiques. Cela voudrait dire qu'il faut tenir compte d'une certaine marge dans la manipulation des statistiques.

Section 2 : Test des hypothèses et établissement du diagnostic

Paragraphe 1 : Test des hypothèses

Vérification de l'hypothèse N°1

Rappel de l'Hypothèse 1

La passivité du circuit de collecte de l'information est à l'origine de la mauvaise gestion des flux informationnels.

Les éléments d'analyse

✓ En référence à la question relative à l'actualisation des données, nos enquêtes ont montré, que moins de 25% des enquêtés reconnaissent le faire. Plus de 50% ne le font pas et surtout 10% ne le font jamais alors que tous les acteurs devraient le faire aussi souvent que possible pour ne pas dire que cela devrait être un impératif régulé de façon périodique. Ainsi donc, la montée de l'information n'est pas toujours prise en compte par les agents chargés de l'exécution du programme.

✓ Quant à la question liée au temps, elle nous a permis d'abord de constater qu'il était difficile d'avoir des informations récentes issues du terrain. Nos appréhensions ont été confirmées car 100% des enquêtés ont reconnu que les informations leur parvenaient avec un certain retard. De nos entretiens, nous avons évalué cet écart à environ 2 mois. Cela a sans doute une influence sur la question relative à la pertinence de l'information car, il y a toutes les chances qu'à l'arrivée de ces informations à l'unité de gestion du programme pour leur traitement et analyse, celles-ci aient déjà connues de larges mutations sur le terrain.

✓ La pertinence prenant en compte l'utilité des informations reçues, nous avons recueilli par la question du tableau n°2 que 03 sur les 10 enquêtés à l'unité de gestion du programme sont d'avis que les informations à eux fournies leur sont souvent effectivement utiles.

✓ La caractéristique qui donne le sens aux autres est l'utilisation qui est faite de l'information collectée. Le circuit de l'information n'a de sens que s'il permet de prendre des décisions après l'analyse des données reçues. Par rapport à ce point, environ 70 % font usage des informations reçues ; environ 28 % ne le font pas.

Conclusion sur le test de l'hypothèse N° 1

De tout ce qui précède, nous rassurons qu'il existe une certaine complaisance aux différents niveaux de traitement de l'information ascendante, ce qui par conséquent affecte aussi la qualité de l'information.

La revue de tous ces critères d'appréciation nous permet d'affirmer que l'hypothèse N°1 est vraie.

Vérification de l'hypothèse N°2

Rappel de l'Hypothèse 2

Les tradipraticiens, parce que craignant de perdre des fruits issus de leurs découvertes, ne veulent pas collaborer franchement avec le PNL.

Les éléments d'analyse

- Nous avons, pour commencer, remarqué que seulement 25% des tradipraticiens sont satisfaits de leur collaboration avec le programme et le ministère.
- Les difficultés liées au financement qui est fait à la corporation ont été celles qui sont le principal mobile d'une collaboration superficielle. En effet, les subventions faites ne couvrent qu'une minime partie de leurs besoins. Cette observation est corroborée par les résultats de la question C4 et aussi par les informations découlant des entretiens.
- La question relative à la connaissance de l'équipe de gestion met en évidence la rareté du brassage entre cette équipe et les tradipraticiens. L'acuité de ce problème peut se vérifier aussi au niveau du personnel décentralisé même si ce dernier n'est pas régi par les mêmes motivations que le groupe précédent. En effet, un peu moins de 50 % de ce personnel ne connaissent pas l'équipe de l'unité de gestion du programme et plus de 60% n'ont pas satisfaction dans leurs échanges avec le programme.
- La question relative à la continuité de la coopération, qui devrait avoir l'unanimité pour le OUI enregistre un NON. Cela constitue donc une matière à inquiétude si l'on ne veut pas que cette tendance de 20% passe à un taux supérieur, ce qui sous entendrait l'imminence d'une décision de la part des tradipraticiens de suspendre les relations avec le Ministère.
- Il faut aussi remarquer que le poids de leurs traitements dans la lutte contre le paludisme n'est pas négligeable car en effet,

dans le cas d'une hypothèse rationnelle, les ventes sont estimées à 2 500 doses par an et par praticien.

➤ L' "industrie" de la phytothérapie (car c'en est vraiment une) emploie en moyenne trois (03) ouvriers par tradipraticien, ce qui n'est pas sans influence comme on peut s'en douter sur le marché de l'emploi quand on sait que ces derniers sont estimés officiellement à 3 000 pratiquants. Un tel effectif nous permet d'estimer leurs ventes totales annuelles à environ de 7 500 000 doses.

Conclusion sur le test de l'hypothèse N° 2

Dans la vérification de cette hypothèse, nous avons clairement remarqué qu'il y a un véritable problème sur les bases actuelles de la collaboration établie par le PNLP avec les tradipraticiens.

Les critères d'appréciation retenus définissent clairement que l'hypothèse N°2 est vraie.

Vérification de l'hypothèse N°3

Rappel de l'Hypothèse 3

Le manque de dynamisme du service des recherches et approvisionnement entraîne des problèmes de gestion des stocks et approvisionnements.

Les éléments d'analyse

➤ Nous remarquons que plus de 50% du personnel décentralisé est très peu satisfait de son approvisionnement en

produits nécessaires. Cette insatisfaction résulte de la fréquence des ruptures de produits dans les centres de santé et donc, de la non maîtrise de la gestion optimale des stocks par les acteurs de la cellule d'approvisionnement.

- Les difficultés identifiées, grâce au guide d'entretien, dans la cellule ont été celles relatives au déficit de compétence professionnelle des agents et au manque de matériel.
- Il faut aussi remarquer que 65% du personnel décentralisé affirme que les patients n'arrivent pas toujours à payer le coût de leur traitement; cela rend plus difficile la gestion prévisionnelle des stocks qui doit varier en fonction de la conjoncture du moment.

Conclusion sur le test de l'hypothèse N° 3

Dans la vérification de cette hypothèse, nous avons identifié qu'il y a un sérieux problème dans le système d'approvisionnement et de gestion des stocks de médicaments du PNLP. Par conséquent, l'hypothèse N°3 est vraie.

Paragraphe 2 : Etablissement du diagnostic

▪ Conclusion sur la vérification de l'hypothèse 1

On reconnaît souvent que l'information peut déterminer l'issue d'une guerre car, qui possède l'information a déjà une avance certaine sur son adversaire. C'est en cela que les services de renseignements jouent un rôle capital dans les conflits. Dans le

cas typique de cette étude liée à la lutte contre le paludisme, l'information doit permettre de limiter les mauvaises actions liées aux prises de décisions biaisées parce que fondées sur des données arbitraires. En effet, le volet information est l'un des plus importants dans la gestion des projets et des programmes. Il permet de limiter le gaspillage de ressources rares dans l'exécution des projets/programmes, surtout au sein d'un programme aussi capital que le PNLP. Ainsi, non seulement l'information doit être pertinente et vraie, mais elle doit aussi se transmettre en temps réel.

A la suite des analyses des tableaux issus des résultats de nos enquêtes, nous déduisons qu'au sein du PNLP, la gestion de l'information n'est pas optimale, ce qui confirme l'hypothèse n° 1 de l'étude. Cette mauvaise gestion du flux informationnel est donc à la base de l'inefficacité du mécanisme de prise de décision et par conséquent de la mauvaise exécution du programme.

▪ ***Conclusion sur la vérification de l'hypothèse 2***

Les éléments d'analyse liés à la vérification de l'hypothèse n°2 nous permettent de la confirmer. Outre cela, nous rappelons que le PNLP constitue une organisation et comme tel, il est un ensemble d'éléments en interrelation qui forment un système. Il va sans dire que l'unité de gestion centrale programme a une obligation de maintenir une certaine collaboration avec les autres acteurs impliqués de façon directe ou indirecte. Déroger à cette règle représenterait pour le programme des investissements non

productifs car boudés par les autres acteurs qui doivent, comme des antennes relais, renforcer les activités du PNL. Nous pouvons donc dire que le fait pour les agents du programme de ne pas prendre à bras le corps la gestion de la relation avec les tradipraticiens pour la rendre meilleure est donc la cause de la réserve observée au niveau de ces derniers.

▪ ***Conclusion sur la vérification de l'hypothèse 3***

L'hypothèse n°3 de l'étude est justifiée par les conclusions issues de l'analyse des questions liées à l'approvisionnement. La valeur de cette fonction, est décrite dans la revue de littérature plus haut.

Il est très aisé de constater que la mauvaise gestion des stocks et approvisionnements des acteurs chargés de ce service crée presque immédiatement des dégâts qui s'expriment par des ruptures de stocks au niveau des centres de santé.

Après l'établissement des éléments de diagnostic, nous avons envisagé des approches de solutions et recommandations puis les conditions de leur mise en œuvre.

Chapitre Deuxième:

Solutions, Conditions de mise en œuvre et Recommandations

Section 1 : Solutions et conditions de mise en œuvre

Eu égard à toutes les analyses qui précèdent, les hypothèses de départ sont confirmées ; autrement dit, les causes supposées être à la base des différents problèmes en sont les vraies. Il en ressort le sentiment que dans leur ensemble, les projets et programmes du Ministère de la Santé ont du mal à survivre après leur clôture parce que cet aspect de la gestion qui vise le long terme n'est pas souvent bien perçu et pris en compte par les acteurs de ces derniers. Plusieurs solutions peuvent être énoncées en vue de contribuer à l'éradication des facteurs qui inhibent l'impact des programmes du ministère. Cependant, les solutions relatives aux problèmes que nous avons identifiés semblent les mieux indiquées car elles sont issues d'une étude aussi sommaire soit-elle qui en a permis la vérification des hypothèses émises.

Nous allons donc conformément à la démarche retenue, proposer des solutions en vue d'éradiquer ces causes.

Paragraphe 1 : Solutions aux problèmes

Solutions pour l'éradication de la cause du problème n°1

Rappel de la cause N°1

Après vérification, l'hypothèse 1 est confirmée. Nous affirmons sans équivoque que c'est la passivité qui caractérise le circuit de collecte qui est à l'origine de mauvaise gestion des flux d'informations.

Approches de solution

La solution qui s'impose à ce niveau est la modélisation du circuit de l'information en insistant sur les caractères de fiabilité et de réduction du délai de transmission:

- La réalisation d'un cadre logique périodiquement révisé pour le programme s'impose avant de définir quel genre d'informations il faudra recueillir et selon quelle périodicité ;
- Il importe par ailleurs, d'identifier les besoins réels et objectifs qui cadrent avec les orientations du programme ;
- Enfin, il apparaît indispensable de conduire systématiquement un suivi et une évaluation sur toute activité lancée par le programme et veiller à la prise en compte de l'effet d'apprentissage c'est-à-dire à la capitalisation des activités déjà menées et des acquis du programme.

Solutions pour l'éradication de la cause du problème n°2

Rappel de la cause N°2

L'hypothèse 2 étant confirmée, on admet donc que la crainte de perdre leur source de revenu explique le fait que les tradipraticiens boudent la collaboration.

Approches de solution

En 2005 le système sanitaire béninois disposait de 5623 agents de santé dont 82% sont paramédicaux ; ce qui donne en moyenne un médecin pour 7011 habitants. De plus, la médecine africaine si elle ne bénéficie pas de la même notoriété que la médecine

occidentale ou chinoise n'en est pas moins efficace. Son poids dans la société africaine est réel. La solution qui s'offre à nous à ce niveau est la redéfinition des bases d'échange et de collaboration entre le programme et les tradipraticiens.

Dans la perspective de réchauffer les relations entre ces acteurs, nous proposons entre autres de :

1-Mettre en place une nouvelle stratégie de collaboration qui soit attractive pour les tradipraticiens en s'inspirant des facteurs de motivation ;

2- Instituer des rencontres périodiques entre les agents du programme et les tradipraticiens pour pouvoir resserrer les liens entre ces deux catégories importantes d'acteurs de la chaîne de la lutte contre le paludisme au Bénin;

3- Créer un cadre de recherche et d'échange en matière de nouvelles mesures et produits contre la pandémie;

4- Prendre des mesures correctives sur le plan administratif afin de définir un statut clair pour les tradipraticiens au sein du Ministère en général ;

5- Centraliser les apports en matière de découverte venant des tradipraticiens pour les modeler et les capitaliser.

Solutions pour l'éradication de la cause du problème n°3

Rappel de la cause N°3

Suite à la confirmation de l'hypothèse n°3, nous en déduisons que le manque de dynamisme du service des recherches et

approvisionnement entraîne des problèmes de gestion de stocks et des approvisionnements.

Approches de solution

Comme les ressources humaines constituent le capital le plus précieux de toute organisation, leur rôle dans la réussite de tout le mécanisme est déterminant. Pour que le mécanisme soit efficace, il est donc indispensable de disposer d'un personnel qualifié et en quantité suffisante. Pour corriger cet état de choses, il urge de procéder au renforcement de l'effectif et de la capacité de ces acteurs. Pour ce faire, il faudra :

1. Définir clairement le rôle des acteurs de la fonction achat et leur permettre de jouir pleinement des pouvoirs de décision liés à leur fonction ;
2. Capitaliser l'expérience du personnel en charge de l'approvisionnement ;
3. Renforcer les capacités des agents en leur organisant des modules de formation relatifs à la gestion des stocks et de la logistique selon le modèle de gestion incluant un stock de sécurité tout en respectant la formule « premier stock entré, premier stock sorti »;
4. Mettre à la disposition du service concerné des moyens financiers suffisants, matériels et informationnels pour opérer une bonne gestion des stocks.

5. Organiser le contrôle de gestion des stocks de produits et de test de diagnostic rapide ;

6. Les produits étant encore trop chers pour la grande masse de la population, la cellule doit trouver des voies et moyens pour s'approvisionner à moindre coût (dans les pays émergents de l'Amérique latine) sans tomber dans le piège du recours à des produits issus de la contrebande ou de qualité moindre.

Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions

Il est évident que la mise en œuvre des solutions que nous avons proposées ne peut se faire que dans des conditions qui en favoriseraient les applications retenues de même que leur efficacité. En effet il faudra au niveau des acteurs du programme qu'ils soient vraiment imprégnés des méthodes de gestion de projets et programme. Il faut aussi procurer les moyens matériels aux acteurs à la base afin qu'ils envoient plus tôt les informations. Il faudra également rechercher les fonds nécessaires pour recycler périodiquement les agents et aussi multiplier les missions de Suivi-Evaluation. Il faut donner les moyens financiers et matériels aux laboratoires afin qu'ils puissent effectuer des recherches comme cela était prévu.

Section 2 : Recommandations de l'étude

Dans le souci d'une bonne mise en application des solutions que nous avons énumérées plus haut, nos recommandations seront formulées dans un premier temps à l'endroit des décideurs de l'unité de gestion du programme par rapport aux méthodes et outils de gestion de l'information, à la collaboration avec les tradipraticiens et la gestion des stocks et du programme. Dans un second temps nous nous adresserons aux dirigeants chargés de la politique en matière de santé au Bénin.

Paragraphe 1 : Recommandations aux acteurs du programme

- 1- Elaborer le cadre logique du programme ;
- 2- Définir les indicateurs de performance pour chaque agent ;
- 3- Mettre en œuvre un système de formation continue des agents ;
- 4- Prendre les mesures pour le respect scrupuleux des délais et périodicités des rapports de suivi ;
- 5- Renforcer la gestion et la collaboration entre les différents acteurs en multipliant les occasions de rencontre et d'échange ;
- 6- Raccourcir les délais de transfert d'informations et des rapports de suivi ;
- 7- Gérer de façon beaucoup plus rationnelle les stocks.

Paragraphe 2 : Recommandations aux dirigeants du secteur de la santé

- 1- Instituer une cellule constituée d'experts en gestion de projet pour l'étude des projets à venir: études d'identification, de définition et de planification. Ce staff serait affilié directement au cabinet du Ministre avec pour mission, de mener à bien les études adéquates pour ainsi justifier la pertinence des projets initiés et améliorer leur efficacité ;
- 2- Instituer en plus des autoévaluations, une série d'évaluations périodiques et systématiques (tous les ans par exemple) pour tous les programmes et projets du secteur ;
- 3- Agréer des cabinets d'études sérieux et expérimentés pour la réalisation des évaluations systématiques ;
- 4- Renforcer de façon systématique les compétences existantes au sein du Ministère dans le domaine de la gestion des projets ;
- 5- Doter les services stratégiques de ressources humaines et matérielles en liaison avec leur mission ;
- 6- Donner une large marge de manœuvre aux structures "autonomes" que sont les programmes pour rendre plus responsables les agents chargés de leur exécution et ainsi, prévoir des sanctions administratives à leur encontre en cas de faute ;
- 7- Réfléchir à la possibilité d'introduire les produits de la pharmacopée dans les pharmacies de la place ;

8- Mettre en réseau les ressources humaines et matérielles (ordinateurs) qui interviennent dans l'élaboration de l'annuaire statistique de la santé et vulgariser l'utilisation du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) ;

9- Avoir une vision multi-sectorielle et multi-partenariale qui s'inscrive dans la durée.

Tableau N°15 : Tableau de Synthèse de l'Etude « La gestion du Programme National de Lutte contre la Paludisme : identification des freins pour des effets plus durables»

Niveau d'activité	Problèmes	Objectifs	Causes	Hypothèses	Causes réelles	Diagnostic	Solutions
Niveau général	Problème général Non durabilité des effets des actions entreprises par le PNLP	Objectif général Attirer l'attention des gestionnaires du PNLP sur les facteurs affectant la durabilité des actions menées	Cause générale -	Hypothèse générale -	-		
N I V E A U X S P E C I F I Q U E S	Problème spécifique n°1 Mauvaise gestion de l'information	Objectif spécifique n°1 Faire une appréciation qualitative du fonctionnement du système de gestion des informations	Cause spécifique n°1 La passivité qui caractérise le circuit de collecte de l'information	Hypothèse spécifique n°1 La passivité qui caractérise le circuit de collecte est à l'origine de mauvaise gestion des flux informationnels;	Cause réelle n°1 La passivité qui cache l'incertitude des acteurs	Diagnostic n°1 La mauvaise gestion de l'information provient de la passivité des acteurs du circuit de l'information	Solution n°1 Réaliser un cadre logique pour le programme et définir quel genre d'informations il faudra recueillir avec la périodicité ; Identifier des besoins qui cadrent avec les orientations du programme et conduire systématiquement un suivi et une évaluation sur toute activité lancée par le programme et veiller à la prise en compte de l'effet d'apprentissage c'est-à-dire à la capitalisation des activités déjà menées.
	Problème spécifique n°2 Collaboration superficielle avec les tradipraticiens	Objectif spécifique n°2 Evaluer les chances de collaboration des tradipraticiens avec le programme	Cause spécifique n°2 La crainte des tradipraticiens de perdre leur source de revenu	Hypothèse spécifique n°2 La crainte des tradipraticiens de perdre leur source de revenu est à la base de leur faible collaboration	Cause réelle n°2 Le besoin d'une garantie financière pour faire face à leurs dépenses quotidiennes	Diagnostic n°2 La pseudo collaboration des tradipraticiens est la résultante d'une crainte liée à la perte de revenue	Solution n°2 Mettre en place une nouvelle stratégie de collaboration qui définisse un statut et qui soit attractive pour les tradipraticiens ; instituer des rencontres périodiques entre les agents du programme et les tradipraticiens pour pouvoir resserrer les liens entre eux et

							enfin créer un cadre de recherche et d'échange en matière de nouvelles mesures et produits contre la pandémie.
	<p>Problème spécifique n°3</p> <p>Ruptures de stocks quasi permanente des produits au niveau des centres de santé</p>	<p>Objectif spécifique n°3</p> <p>Faire une analyse comparative des forces et faiblesses du système d'approvisionnement</p>	<p>Cause spécifique n°3</p> <p>La mauvaise gestion des approvisionnements</p>	<p>Hypothèse spécifique n°3</p> <p>La Mauvaise gestion des stocks et approvisionnements entraîne des problèmes de ruptures de stocks</p>	<p>Cause réelle n°3</p> <p>La non dynamisation du service de gestion et logistique</p>	<p>Diagnostic n°3</p> <p>La mauvaise gestion dans les approvisionnements et donc les ruptures de stocks découle du manque de dynamisme de la cellule qui en a la charge.</p>	<p>Solution n° 3</p> <p>Définir clairement le rôle des acteurs de la fonction achat et leur permettre de jouer pleinement des pouvoirs de décision liés à leur fonction ; Capitaliser l'expérience du personnel en charge de l'approvisionnement en rechaussant leur niveau grâce aux modules de formation relative à la gestion des stocks et logistique ; Mettre à la disposition du service concerné des moyens financiers, matériels et informationnels suffisants pour opérer une bonne gestion des stocks.</p>

Source : Notre étude juillet 2008

CONCLUSION GENERALE

La vision orientée vers l'impact des programmes de santé est une approche de long terme qui devra permettre à ce secteur vital du développement humain de rendre plus efficaces ses actions sur le terrain très instable de la santé publique.

Les motivations d'une nouvelle stratégie face à la pandémie du paludisme découlent des résultats non concluants obtenus dans la mise en œuvre des premières approches de lutte contre cette maladie. La nouvelle stratégie s'adapte aux réalités organisationnelles actuelles et à la vitesse de mutation du gène du paludisme : le *plasmodium falciparum*.

Les différentes conclusions auxquelles nous avons abouti, nous ont permis d'affirmer que les problèmes fondamentaux de ce programme sont premièrement le manque de dynamisme et la faible faculté d'adaptation dont fait preuve l'équipe de gestion du programme et deuxièmement la non utilisation des outils de gestion de projets.

Cependant, cette façon nouvelle de voir les choses n'est pas encore une réalité au sein du Ministère de la santé. En effet, l'approche actuellement en vogue au sein de cette structure est celle basée sur la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). Il s'agit là, d'une méthode de gestion qui cible les effets à court terme. Bien que cette approche ait favorisé une certaine amélioration dans la gestion des projets du secteur, nous remarquons que ces projets continuent toujours à s'éterniser dans le répertoire des projets et généralement, sont transformés en programmes sans limitation de durée de vie comme dans le cas de la structure étudiée. Alors, il urge que les acteurs du ministère de

la santé pensent à l'instar du cas présent du PNLN de généraliser les propositions de solutions et recommandations sur la gestion de l'information, de la collaboration et des approvisionnements.

Dans le travail que nous nous sommes efforcé de faire ici, il nous revient de noter qu'une telle vision n'a jamais été prise en compte dans le Ministère y compris dans la gestion réelle du programme objet de l'étude, ce qui témoigne de l'originalité de cette idée portée sur la pérennité. Sa valeur s'apprécierait dans le sens où elle ambitionne de faire bénéficier le programme de l'effet d'apprentissage qui va consister à ne plus revenir sur ce qui a déjà été fait, donc à réduire le gaspillage de ressources rares par définition.

De plus, ce travail invite les cadres du Ministère et de l'unité de gestion du programme à noter qu'une telle vision augurerait pour les projets et programmes actuels et à venir la garantie de leur durabilité et par là même limiter les projets et programmes à multiples phases et qui reviennent souvent sur les mêmes activités, donc d'éviter le cycle infernal du perpétuel recommencement.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages spécialisés

- ✧ ACDI, 1997. Le Cadre Logique : L'orienter vers le succès.
Agence Canadienne de Développement International,
17 pages.
- ✧ Cérutti, O. et Gattino, B., 1992. Indicateurs et tableaux de bord. Collection Gestion Qualité, AFNOR, Paris, 92 pages.

1. Rapports

- ✧ Ministère de la Santé Publique. (2002) : «Document de Politiques et Stratégies Nationales de Développement du Secteur Santé 2002 -2006».
- ✧ Ministère de la Santé Publique. (2005) : «Annuaire Statistiques Sanitaires 2004».
- ✧ Commission des Communautés Européennes, 1993. Gestion du cycle de projet : approche intégrée et cadre logique.
- ✧ Mission consultative de FRP au Bénin : actions essentielles pour soutenir l'atteinte des objectifs d'Abuja, 24-28 novembre 2003 Dorothee KINDE-GAZARD
- ✧ GAR DPP 12/01/2005 décembre 2004
- ✧ Politique nationale de lutte contre le paludisme, cadre stratégique de mise en œuvre
- ✧ PNLP Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin 2006-2010 Révision de mai 2007

2. Mémoires

- ✧ AMOUSSOU R. A. K., (2006) : « Analyse de l'approche programme du secteur santé».
- ✧ ABUL C. et. ZOUNGAN C., (2005) : «Le Suivi-Evaluation des Projets du Ministère de la Santé Publique : Analyse et propositions d'amélioration».
- ✧ AKPAMAGBO C., (2006) « Evaluation sommative de la composante réhabilitation des infrastructures sanitaires du projet Sante-II BAD en vue de permettre une exécution optimale des projets au Ministère de la Santé du Bénin».

3. Sites

- ✧ « Processus de gestion de projets », www.sit.ulaval.ca/public/dsd/developpement/gestion_projet.html.
- ✧ Wikipedia, (2006) : « Gestion de projet », <http://www.rhdcc.ca/fr/pip/daa/bta/ressources>
- ✧ www.camethiopia.org/pages/photo
- ✧ www.ifad.org/evaluation/list_eval.asp

Annexes

Annexe 1 : Questionnaires**A****Questionnaire**

N°.....

(Agents du PNLP)

Bonjour Monsieur/Madame

Je m'appelle Rachid MAMA-SIKA et je réalise une étude pour apprécier l'atteinte du but du Programme National de Lutte contre le Paludisme mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique afin d'améliorer l'état de la santé des populations face à cette pandémie,

Confidentialité et consentement: Cette enquête est anonyme et confidentielle. Nous ne publierons ni votre nom ni votre adresse. Personne sauf l'interviewer ou des chercheurs responsables n'aura accès à vos réponses. Vous n'êtes pas obligé de participer si vous ne le voulez pas, et si vous décidez de parler avec moi maintenant, vous pouvez arrêter à tout moment.

Je vous serais reconnaissant de pouvoir m'entretenir avec vous pendant environ 15 minutes si vous l'acceptez. Des réponses sincères de votre part nous aideront à mieux comprendre les résultats atteints grâce à l'intervention du projet et savoir sur quoi nous pouvons porter des améliorations pour une meilleure santé des populations en particulier des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans.

Avec votre permission puis je commencer ?

1. Actualisez-vous vos bases de données ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

2. Avez-vous toujours tout ce dont vous avez besoin comme informations ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

3. Arrivez-vous à avoir les informations voulues en temps opportun ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

4. Il y a-t-il toujours un suivi sur chaque activité lancée ?

Oui Non

5. Quelle est la périodicité de vos évaluations quand aux activités menées ?

Semestrielle Trimestrielle Mensuelle Hebdomadaire

6. Quels usages faites-vous des informations recueillies ?

Analyse Stockage Rien

7. Quels sont les laboratoires dont vous disposez ?

Recherches Tests d'analyse

8. Avez-vous un panel d'informateurs ?

Oui Non

9. Disposez-vous de seuils de contrôle ?

Oui Non

10. Avez-vous de la facilité à agir sur les orientations des activités du programme en fonction des nouvelles données issues du terrain ?

Oui Non

11. Parlez nous de votre système d'approvisionnement...

.....

12. Avez-vous une charte des responsabilités ?

Oui Non

13. Les agents sont-ils soumis à une obligation de résultat ?

Souvent Rarement Jamais

14. Les rencontres d'échange avec les autres partenaires sont de quelle fréquence ?

Semestrielle Trimestrielle Mensuelle Autre (à préciser)

15. Avez-vous déjà évalué le programme ?

Oui Non

Si OUI, quel type d'évaluation ?

Ex ante A mi-parcours Sommative D'impact

16. Quelles sont vos appréciations générales sur la procédure de gestion des projets du Ministère ?

Satisfaisant Peu satisfaisant Non satisfaisant

Pourquoi ?

.....

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- Nom et prénoms :
- Structure :
- Service :
- Fonction :
- Expérience dans le programme :

Merci pour votre collaboration

Questionnaire

(Agents décentralisés utilisés par le PNLP)

Bonjour Monsieur/Madame

Je m'appelle Rachid MAMA-SIKA et je réalise une étude pour apprécier l'atteinte du but du Programme National de Lutte contre le Paludisme mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique afin d'améliorer l'état de la santé des populations face à cette pandémie,

Confidentialité et consentement: Cette enquête est anonyme et confidentielle. Nous ne publierons ni votre nom ni votre adresse. Personne sauf l'interviewer ou des chercheurs responsables n'aura accès à vos réponses. Vous n'êtes pas obligé de participer si vous ne le voulez pas, et si vous décidez de parler avec moi maintenant, vous pouvez arrêter à tout moment.

Je vous serais reconnaissant de pouvoir m'entretenir avec vous pendant environ 15 minutes si vous l'acceptez. Des réponses sincères de votre part nous aideront à mieux comprendre les résultats atteints grâce à l'intervention du projet et savoir sur quoi nous pouvons porter des améliorations pour une meilleure santé des populations en particulier des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans.

Avec votre permission puis je commencer ?

1. Actualisez-vous vos bases de données ?

Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. La transmission au programme des données se fait :

Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. En tant que personnel du Ministère de la Santé, intervenant dans le processus de gestion du programme de la lutte contre le paludisme pensez-vous que ce programme atteint tous les résultats attendus?

Toujours Souvent Rarement Jamais

4. Qu'est ce qui, selon vous, justifie la non atteinte des résultats par des projets ? :

Interférences de la hiérarchie du ministère dans la gestion

Mauvaise gestion du projet par l'équipe de projet

Autre (à préciser)

5. Enregistrez-vous des ruptures de stock ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

6. Connaissez-vous l'équipe de gestion du programme ?

Oui Non

7.

- a. Quelles sont vos appréciations générales sur la procédure de gestion des projets du Ministère ?

Satisfaisant Peu satisfaisant Non satisfaisant

b. Pourquoi ?

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- Nom et prénoms :
- Structure :
- Service :
- Fonction :
- Expérience avec le programme :

Merci pour votre collaboration

C

Questionnaire

(Tradipraticiens)

Bonjour Monsieur/Madame

Je m'appelle Rachid MAMA-SIKA et je réalise une étude pour apprécier l'atteinte du but du Programme National de Lutte contre le Paludisme mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique afin d'améliorer l'état de la santé des populations face à cette pandémie,

Confidentialité et consentement: Cette enquête est anonyme et confidentielle. Nous ne publierons ni votre nom ni votre adresse. Personne sauf l'interviewer ou des chercheurs responsables n'aura accès à vos réponses. Vous n'êtes pas obligé de participer si vous ne le voulez pas, et si vous décidez de parler avec moi maintenant, vous pouvez arrêter à tout moment.

Je vous serais reconnaissant de pouvoir m'entretenir avec vous pendant environ 15 minutes si vous l'acceptez. Des réponses sincères de votre part nous aideront à mieux comprendre les résultats atteints grâce à l'intervention du projet et savoir sur quoi nous pouvons porter des améliorations pour une meilleure santé des populations en particulier des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans.

Avec votre permission puis je commencer ?

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Nom et prénoms :

2. Résidence :.....

3. Êtes-vous satisfaits de vos rapports avec le Ministère de la santé ?

Satisfait

Peu satisfait

Non satisfait

4. Désirez-vous continuer la coopération ?

Oui Non

5. Quels sont vos desiderata quand à la façon dont vous aimeriez que cette coopération soit gérée ?.....

.....

6. Connaissez-vous l'équipe de gestion du PNLP ?

Oui Non

7. Pense t-on à un traitement mixte tradi-moderne dans les prévisions et les recherches ? Si oui, comment ? si non Pourquoi ?

Oui Non

.....

.....

8. Quelle quantité de doses des produits traditionnels vendez vous par mois?

< 500 < 1000 > 1000

9. En avez-vous fait déterminer les formules chimiques ?

Oui Non

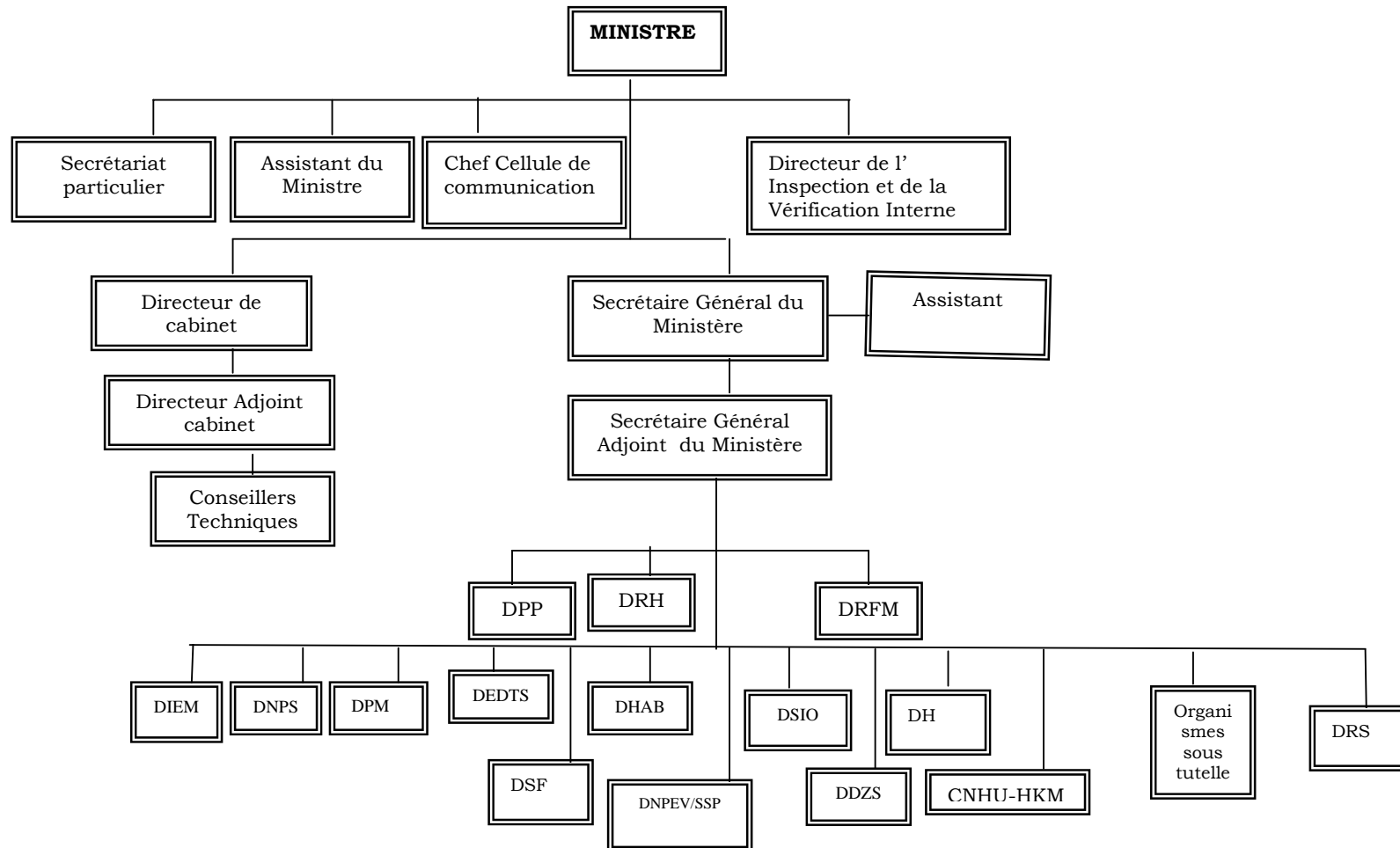
10. Utilisez-vous du personnel dans votre production ?

Oui Non

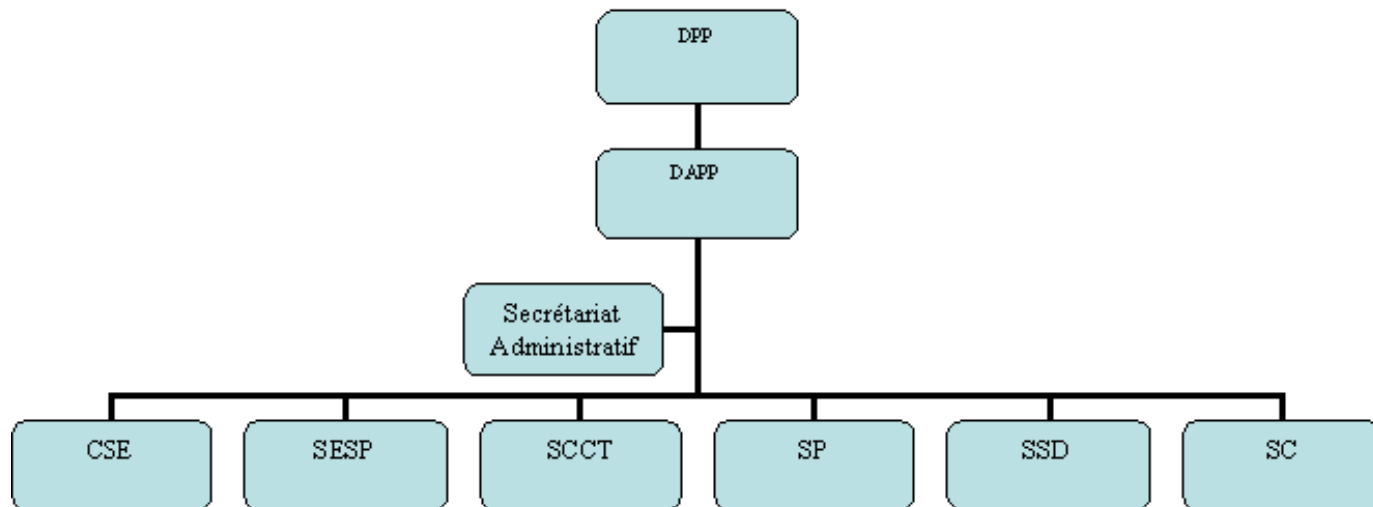
Combien ?.....

Merci pour votre collaboration

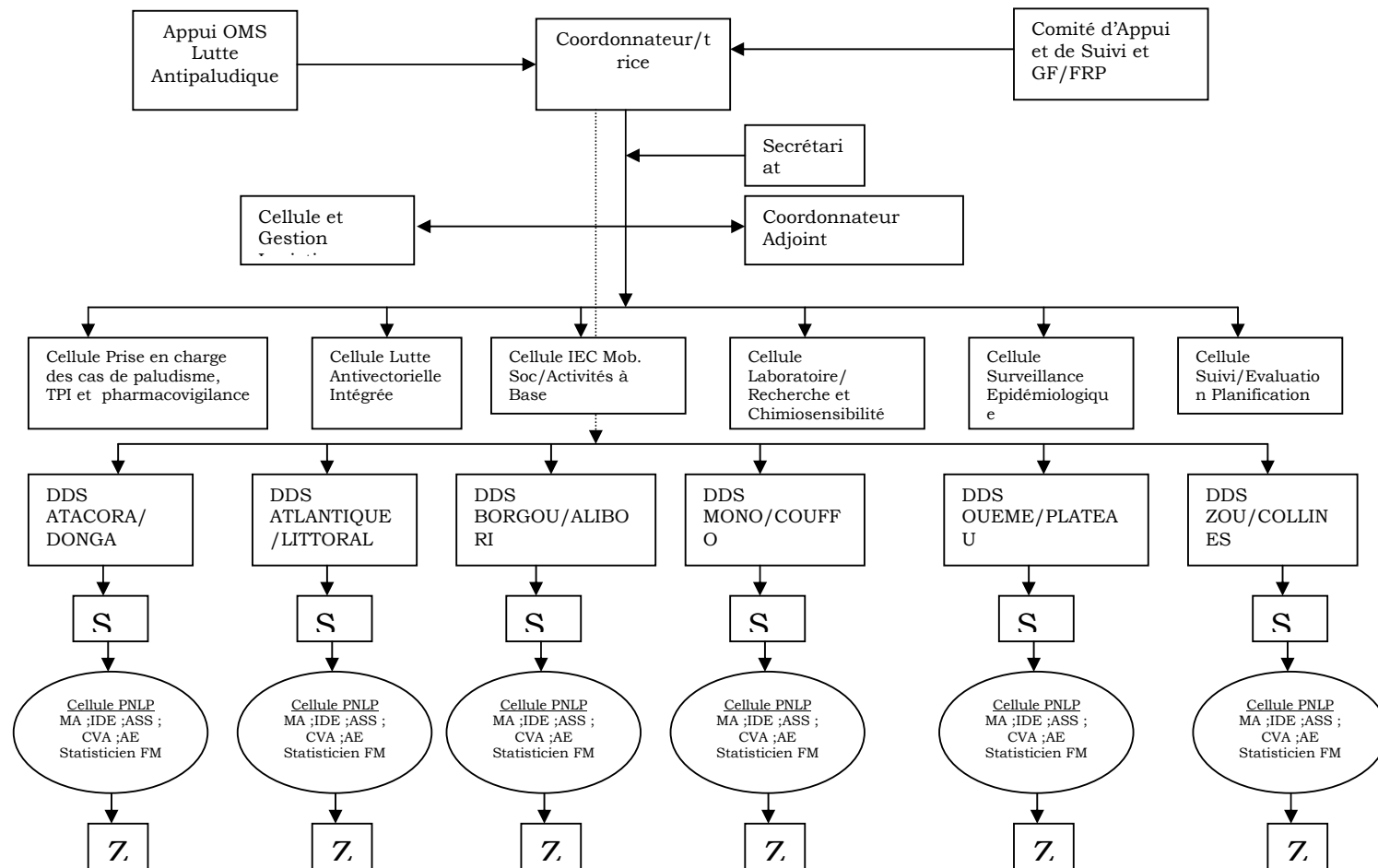
Annexe 2 : Organigramme du Ministère

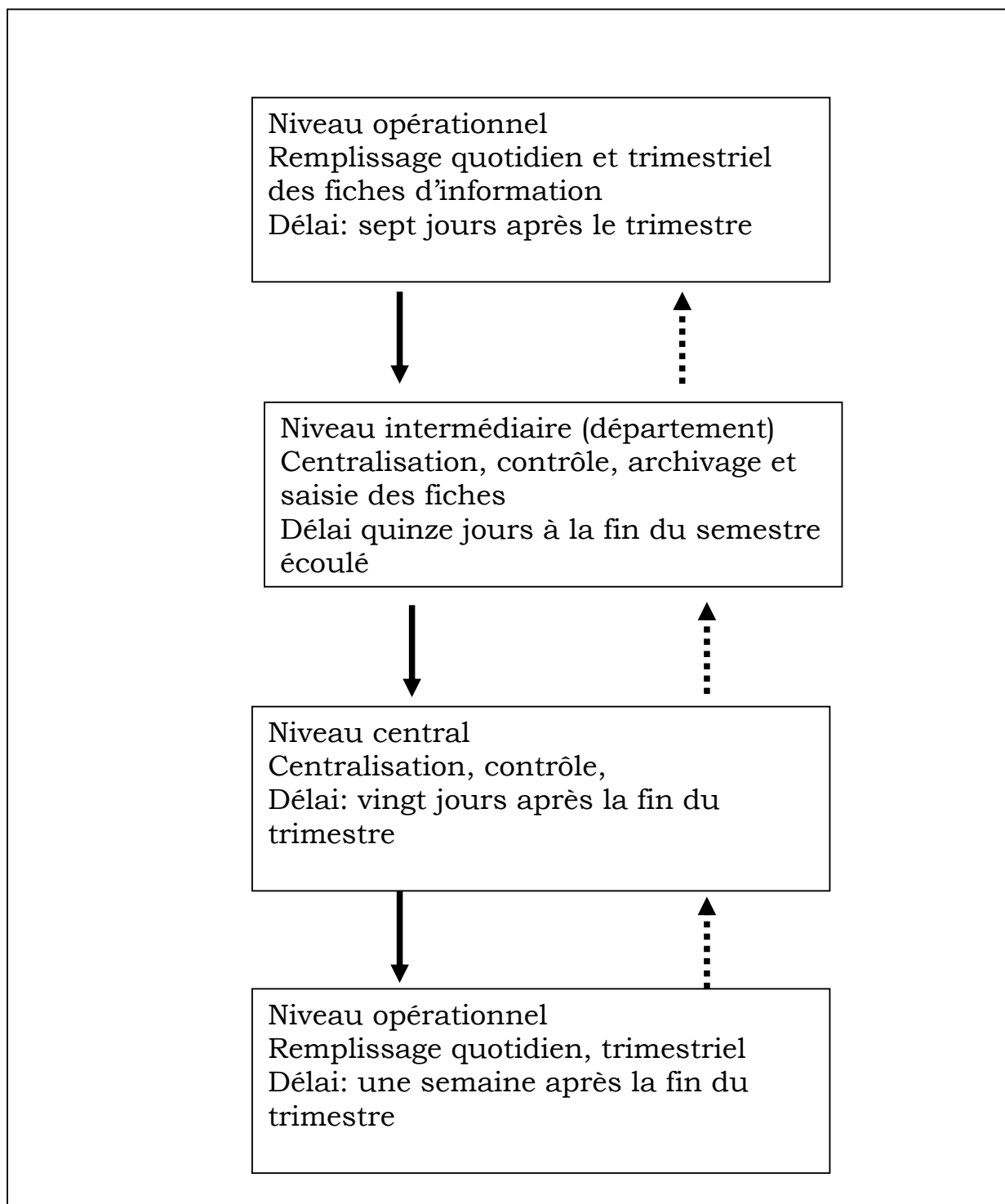


Annexe 3 : Organigramme de la DPP



Annexe 4 : Organigramme du PNL



Annexe 5 : Schéma du Circuit de l'information au PNL

Source : Plan stratégique national de lutte contre le paludisme

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des annexes.....	Viii
Résumé.....	ix
Sommaire.....	X
Introduction générale.....	1
Chapitre préliminaire : Problématique et démarche méthodologique...	4
Section 1 : Restitution des observations de stage et ciblage de la problématique.....	5
Paragraphe 1 : Etat des lieux du PNL.....	5
1. Brève présentation du Ministère.....	5
2. Présentation de la DPP.....	6
3. Description du Programme National de Lutte contre le paludisme.....	8
Paragraphe 2 : Ciblage et spécification de la problématique.....	17
1. Le problème général et ses dérivés.....	17
2. Les objectifs et hypothèses de l'étude	19
Section 2 : Revue de littérature et méthodologie de recherche.....	23
Paragraphe 1 : Revue de littérature.....	23
Paragraphe 2 : Démarche méthodologique.....	24
1. Approche théorique.....	24
2. Méthode empirique.....	27
Chapitre premier : Analyse des résultats et test des hypothèses.....	33
Section 1 : Analyse des résultats et vérification des hypothèses	34
Paragraphe 1 : Présentation des résultats	35
1. Résultats relatifs à la gestion de l'information.....	35
2. Résultats relatifs à la gestion et la collaboration.....	39
Paragraphe 2 : Analyse des résultats.....	43
Section 2 : Test des hypothèses et établissement du diagnostic.....	45
Paragraphe 1 : Test des hypothèses.....	45
Paragraphe 2 : Etablissement du diagnostic.....	49

Chapitre Deuxième: Solutions, Conditions de mise en œuvre et recommandations.....	52
Section 1 : Solutions et conditions de mise en œuvre.....	53
Paragraphe 1 : Solutions aux problèmes.....	53
Paragraphe 2 : Conditions de mise en œuvre des solutions.....	57
Section 2 : Recommandations de l'étude.....	58
Paragraphe 1 : Recommandations aux acteurs du programme	58
Paragraphe 2 : Recommandations aux dirigeants du secteur de la santé.....	59
Conclusion générale.....	63
Bibliographie.....	65
Annexes.....	68